

SENSIBILIDAD EMOCIONAL. SU ROL MODERADOR EN LA RELACIÓN ESTRÉS-ENFERMEDAD

Leticia R. Guarino¹
Universidad Simón Bolívar, Caracas (Venezuela)

Resumen

La presente investigación evaluó el rol moderador de la sensibilidad emocional en la relación estrés-enfermedad. Para ello, las tres dimensiones de la versión hispana de la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE - Guarino, 2004; Guarino y Roger, 2005) fueron administradas conjuntamente con inventarios de salud, a una muestra de estudiantes en periodo de adaptación a la universidad (T1). Los instrumentos fueron nuevamente aplicados a las 8 semanas como medida de seguimiento (T2). Los resultados de regresiones tomando las medidas del ESE en T1 como variables independientes y controlando el efecto inicial de los indicadores de salud, mostraron que la sensibilidad egocéntrica negativa y la sensibilidad interpersonal positiva predijeron significativamente cambios en el informe de síntomas físicos. El cambio en síntomas psicológicos sólo pudo ser explicado por la sensibilidad egocéntrica negativa, una vez controlados los efectos de salud en T1, y únicamente para los hombres. El informe de salud de las mujeres en T2 no fue afectado por su sensibilidad emocional. Los resultados apoyan hallazgos previos sobre el efecto perjudicial de la sensibilidad egocéntrica negativa sobre la salud, especialmente en individuos sometidos a altos niveles de estrés y demanda psicológica.

PALABRAS CLAVE: *Sensibilidad emocional, personalidad, estrés, síntomas.*

Abstract

The present study tested the moderating role of emotional sensitivity in the stress-illness relationship. To do so, the three dimensions of the Spanish Emotional Sensitivity Scale (ESS- Guarino, 2004, Guarino y Roger, 2005) together with health inventories were administered to a sample of college students undergoing an adaptation period to the university (T1). Questionnaires were administered again 8 weeks later as a follow-up measure. Results from regressions taking the ESS scores at T1 as independent variables and controlling the initial values of the health

¹ *Correspondencia:* Leticia R. Guarino, Dpto. de Ciencia y Tecnología del Comportamiento, Edif. de Estudios Generales, 1er. Piso. Valle de Sartenejas, Aptdo. Postal 89.000 – A, Edo. Miranda (Venezuela). E-mail: lguarino@usb.ve

indicators showed that negative egocentric and positive interpersonal sensitivity predicted significantly changes in the physical symptoms reports. Changes in the report of psychological symptoms were only explained by the negative egocentric sensitivity, after the initial health scores were controlled for, and only for males. The health report of women at T2 was not affected by their emotional sensitivity. Results support previous findings regarding the harmful effect of the negative egocentric sensitivity over health, especially in individuals undergoing high stress levels and psychological demands.

KEY WORDS: *Emotional sensitivity, personality, stress, symptoms.*

Introducción

La sensibilidad emocional ha sido descrita como una expresión de la labilidad emocional de los individuos, que supera las limitaciones conceptuales y psicométricas del constructo de neuroticismo de Eysenck (Guarino, 2004; Guarino y Roger, 2005). Específicamente, el constructo define la alta disposición de los individuos a experimentar intensas emociones negativas frente a las demandas ambientales, así como la habilidad para reaccionar ante las emociones expresadas por otros (para una revisión detallada del constructo y su instrumento de evaluación, ver Guarino y Roger, 2005).

La escala de sensibilidad emocional (ESE) fue originalmente desarrollada en inglés por la primera autora (Guarino, 2004), logrando medir dos dimensiones de la sensibilidad: *sensibilidad egocéntrica negativa* y *sensibilidad interpersonal positiva*. La misma fue posteriormente traducida y adaptada a la población hispana, utilizando una muestra de estudiantes universitarios venezolanos (Guarino y Roger, 2005). El proceso de adaptación fue más allá de la simple traducción del instrumento, ya que éste fue sometido a un nuevo análisis factorial exploratorio y posterior análisis confirmatorio, el cual sugirió que la versión hispana de la escala contenía una estructura ligeramente diferente de tres factores, a saber: *sensibilidad egocéntrica negativa*, *distanciamiento emocional*, y *sensibilidad interpersonal positiva*.

La *sensibilidad egocéntrica negativa* describe, en esencia, la tendencia de los individuos a reaccionar negativamente con emociones de aprehensión, rabia, desesperanza, vulnerabilidad y autocrítica ante las demandas ambientales y situaciones estresantes; mientras que la *sensibilidad interpersonal positiva* describe la tendencia de ciertos individuos a orientarse emocionalmente hacia los otros, mostrando una gran habilidad para reconocer las emociones de otros y manifestar preocupación y compasión por aquellos que sufren o atraviesan circunstancias difíciles. Esta última dimensión es considerada teóricamente similar al constructo de empatía, principalmente de su esfera emocional (Davis, 1980). Por último, el factor de *distanciamiento emocional*, que apareció únicamente en la versión hispana de la escala, describe la tendencia de los individuos a alejarse y evitar las reacciones emocionales negativas de los otros, manteniéndose distantes de aquellos que puedan estar atravesando circunstancias difíciles (véase Guarino y Roger, 2005).

Un estudio previo llevado a cabo con dos muestras de estudiantes universitarios británicos (Guarino, 2004) reveló que la dimensión de *sensibilidad egocéntrica negativa* modera la relación entre estrés percibido y el informe de síntomas, tanto físicos como psicológicos. Esto significa que aquellos estudiantes que tienen una alta sensibilidad emocional negativa y que también perciben altos niveles de estrés, son quienes reportan con mayor frecuencia e intensidad síntomas físicos y psicológicos durante sus primeras semanas en la universidad. La sensibilidad egocéntrica negativa fue asumida, por lo tanto, como una variable de personalidad que predispone a los individuos a reaccionar más intensamente y en forma negativa ante las demandas ambientales, afectando en consecuencia su bienestar físico y mental.

Estudios anteriores habían evaluado la relación entre neuroticismo, afectividad negativa y salud, reportando resultados similares a los citados (p. ej., Costa y McCrae, 1987; McCrae, 1990; Watson y Clark, 1984). Sin embargo, las investigaciones con neuroticismo han arrojado permanentemente hallazgos inconsistentes, lo cual ha llevado a numerosos autores a considerar este constructo como una variable «confundidora» en los estudios sobre estrés y salud (p. ej., Roger, 1995; Schroeder y Costa, 1984). Estas inconsistencias, sumadas al hecho de que el constructo de labilidad emocional ha sido concebido en términos peyorativos y sus escalas miden sólo facetas o aspectos negativos de las emociones, dejando de lado la posibilidad de evaluar dominios de la emocionalidad más positivos y adaptativos, así como la alta correlación que los items de las escalas de neuroticismo muestran con baja autoestima, dio como resultado la revisión y ampliación del constructo y la propuesta de la escala de *sensibilidad emocional* usada en este estudio.

Por otro lado, en lo que respecta al impacto de la *sensibilidad interpersonal positiva* sobre la salud, el estudio citado con estudiantes británicos (Guarino, 2004) mostró que esta dimensión de sensibilidad no está directamente asociada a informes de síntomas, sin embargo, puede actuar como protectora de la salud cuando interactúa conjuntamente con estrategias de afrontamiento funcionales. Específicamente, el estudio mostró que aquellos jóvenes que muestran una alta sensibilidad emocional por otras personas que se hallan en circunstancias difíciles o bajo estrés, pero que afrontan dichas situaciones de forma «no emocional», tratando de ver los hechos desde una perspectiva objetiva y sin involucrarse directamente con el sufrimiento de aquellos (afrontamiento por desapego emocional - Roger, Guarino y Olason, 2000), refieren menor intensidad de síntomas físicos y ansiedad (Guarino, 2004). Estos resultados pudieron ser explicados a partir de hallazgos previos acerca de los efectos nocivos que una elevada empatía puede tener sobre la salud, cuando el individuo no es capaz de protegerse manejando adecuadamente las reacciones emocionales negativas de los otros (Bonino y Giordanengo, 1993; Gawronski y Privette, 1997; Schieman y Turner, 2001).

El presente trabajo se adscribe al modelo transaccional del estrés propuesto por Lazarus y colaboradores (véase Folkman y Lazarus, 1985; Lazarus, 1981; Lazarus y Folkman, 1984; Lazarus, Kanner y Folkman, 1980; Lazarus y Launier, 1978; Steptoe, 1991), quienes asumen que la relación entre los estímulos o demandas ambientales y sus consecuencias adaptativas puede estar moderada por diferencias individuales que afectan la evaluación cognitiva y el afrontamiento. La *sensibilidad emocional*,

en sus tres dimensiones, tal como han sido descritas a partir de la ESE, fueron evaluadas precisamente en su rol moderador en la relación entre el estrés y síntomas en estudiantes de recién ingreso a la universidad.

Específicamente, el objetivo de la presente investigación fue determinar si las dimensiones de la sensibilidad emocional identificadas en la escala hispana, moderaban los efectos del estrés sobre el informe de síntomas físicos y psicológicos de un grupo de estudiantes venezolanos de recién ingreso a la universidad durante su período de adaptación. Para ello, los estudiantes completaron tanto la escala ESE, como dos inventarios de salud física y psicológica (CHIPS y HSC, respectivamente) al inicio de su primer período de clases (T1) y al cabo de ocho semanas (T2).

Método

Participantes

La muestra estuvo constituida por 419 estudiantes de primer año de la Universidad Simón Bolívar (Venezuela), todos cursantes de carreras en ciencias básicas y tecnología, quienes accedieron a participar voluntariamente en el estudio durante la evaluación inicial (T1), poco tiempo después de haber ingresado a la universidad. De ellos, 133 (32,2%) eran mujeres ($M = 17,42$, $DT = 1,28$) y 280 (67,8%) hombres ($M = 17,64$, $DT = 1,47$). 6 de los participantes no informaron su edad y género, quedando la muestra válida final en 413 participantes. En la medida de seguimiento (T2), sólo una sub-muestra de 237 estudiantes (56,56% de la muestra total) completó los cuestionarios. Dos de ellos no informaron su edad, reduciendo los datos válidos a 235 sujetos, 159 hombres (67,7%; $M = 17,65$, $DT = 1,33$) y 76 mujeres (32,2%; $M = 17,41$, $DT = 1,40$).

Instrumentos

a) «Escala de sensibilidad emocional» (ESE; Guarino y Roger, 2005): esta escala mide la responsividad o reactividad emocional de los individuos a través de 45 ítems agrupados en tres dimensiones, a saber: *sensibilidad egocéntrica negativa* -SEN- (22 ítems), *distanciamiento emocional* -DE- (10 ítems) y *sensibilidad interpersonal positiva*- SIP- (13 ítems). La escala SEN describe la tendencia a reaccionar negativamente con emociones de aprehensión, rabia, desesperanza, vulnerabilidad y autocrítica ante los cambios ambientales y situaciones estresantes. Por su parte, la escala DE describe la tendencia de los individuos a evitar las reacciones emocionales negativas de los otros, manteniéndose distantes de aquellos que puedan estar experimentando circunstancias difíciles. Finalmente, la escala SIP describe la tendencia a orientarse emocionalmente hacia los otros, lo cual se caracteriza por la habilidad para reconocer con facilidad las emociones de otros y mostrar preocupación y compasión por aquellos que sufren o atraviesan circunstancias difíciles. Los índices test-retest para las tres dimensiones oscilaron entre 0,65 y 0,72, mientras

que las consistencias internas (coeficientes α) se ubicaron en 0,824 para SEN; 0,742 para DE y 0,71 para SIP, respectivamente.

b) «Inventario de síntomas físicos de Cohen-Hoberman» (CHIPS; Cohen y Hoberman, 1983). Este inventario presenta una lista de 33 síntomas físicos comunes, los cuales fueron cuidadosamente seleccionados por los autores con el objeto de excluir los síntomas de naturaleza obviamente psicológica (p.ej.: sentirse nervioso o deprimido). La escala incluye, sin embargo, muchos síntomas físicos que han sido tradicionalmente vistos como psicósomáticos (p.ej.: dolor de cabeza, pérdida de peso). Cada ítem fue calificado en función de *cuánto había molestado o estresado al individuo durante las últimas 5 semanas* en la primera aplicación (T1), y *durante las pasadas 2 semanas* en la segunda aplicación (T2). Los ítems fueron calificados en una escala de 5 puntos desde «el problema no me ha molestado para nada» hasta «el problema ha sido en extremo molesto». La confiabilidad α de Cronbach para la versión hispana de la escala fue bastante aceptable ($\alpha = 0,88$; $N = 401$).

c) «Listado de chequeo del estatus de salud» (*Health Status Checklist, HSC*; Meadows, 1989). Esta es una lista de chequeo de síntomas de 30 ítems que fue desarrollada a partir de una extensa encuesta a médicos generales de Inglaterra, con el propósito de medir los síntomas más frecuentemente referidos por pacientes de consulta externa. Sin embargo, siguiendo las recomendaciones de Forbes (1999) relativas a la necesidad de determinar el impacto que las variables de personalidad tienen sobre diferentes grupos de síntomas, la escala HSC traducida y adaptada al español fue sometida a análisis factorial usando el método de ejes principales con los datos recolectados en el T1 del estudio ($N = 419$). El test de Scree mostró la presencia de dos factores con autovalores por encima de 2, por lo que se analizó una solución factorial equivalente usando rotación Varimax y 0,30 como criterio de saturación y extracción de los ítems. El factor 1 agrupó a 10 ítems referidos a *síntomas psicológicos y algunas enfermedades crónicas*, mientras que el factor 2 agrupó a 7 ítems relacionados con *síntomas físicos y agudos*. Un análisis posterior pero usando método Oblimin, que permitiera la correlación de los factores, arrojó resultados muy similares a los descritos, por lo que se decidió conservar los primeros. La tabla 1 muestra los ítems en cada factor y su respectiva saturación.

La consistencia interna de los dos factores fue bastante aceptable ($\alpha = 0,81$ para *síntomas psicológicos y enfermedades crónicas* y $\alpha = 0,68$ para *síntomas físicos y agudos*). Las puntuaciones del factor *síntomas físicos* fueron calculados exactamente de la misma forma para hombres y mujeres, sin embargo, las puntuaciones del factor *síntomas psicológicos* fueron calculados separadamente para hombres y mujeres con el objeto de incorporar los ítems relativos a «problemas menstruales» únicamente para el grupo femenino.

Procedimiento

Para los fines de este estudio, la muestra fue evaluada en dos diferentes ocasiones, al inicio de su primer trimestre de actividades académicas (Tiempo 1) y ocho semanas después (Tiempo 2). Inicialmente el grupo total de estudiantes com-

Tabla 1

Saturación de los ítems para los factores rotados de la versión hispana del HSC

Ítems	Factores	
	1	2
17. Letargo/cansancio	0,68	
16. Ansiedad	0,67	
28. Insomnio	0,58	
3. Más/menos apetito	0,58	
21. Depresión	0,54	
29. Problemas menstruales	0,49	
19. Dolor de cabeza/migraña	0,42	
12. Acné	0,36	
27. Estómago perturbado/vómitos	0,36	
15. Estreñimiento	0,34	
22. Dolores gripales		0,66
5. Infección en la garganta		0,65
9. Resfriado/gripe		0,55
25. Alergias		0,40
23. Infección en el pecho		0,37
8. Sinusitis		0,36
11. Fiebre glandular		0,32

Nota. Todas las saturaciones factoriales por debajo de 0,30 fueron omitidas en esta tabla

pletó la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE), el inventario de Síntomas Físicos de Cohen-Hoberman (CHIPS), y la Lista de Chequeo del Estatus de Salud (HSC). Sin embargo, para la fase de seguimiento (T2), los estudiantes completaron únicamente los cuestionarios de salud. Los jóvenes participaron voluntariamente en este estudio respondiendo a los cuestionarios dentro de sus mismas aulas de clase y horarios regulares, una vez los investigadores les indicaron los objetivos y alcance del mismo. Se mantuvieron sus nombres en listados separados bajo estricta confidencialidad, identificándolos en los cuestionarios sólo por sus códigos o números de carnet universitario.

Resultados

Las puntuaciones de los diferentes cuestionarios para ambos tiempos del estudio fueron analizados inicialmente en forma descriptiva y se calculó una *t de student* para grupos pareados con el fin de determinar posibles cambios en el estatus de salud de los participantes entre la primera y la octava semana de clases. Los resultados se muestran en la tabla 2.

Tabla 2
Comparación de índices de salud entre T1 y T2

Medidas de salud	T1	T2	t (gl)	p
CHIPS	17,46	18,63	-1,46 (215)	0,145
Síntomas físicos- HSC	4,00	4,57	-1,66 (220)	0,099
Síntomas Psicológicos-HSC (mujeres) (N= 70)	13,91	14,59	-0,60 (69)	0,548
Síntomas Psicológicos-HSC (hombres) (N= 140)	7,53	9,54	-3,41 (139)	0,001

Nota. CHIPS = Inventario de Síntomas Físicos de Cohen-Hoberman; HSC = Lista de Chequeo del Estatus de Salud. T1 = Tiempo 1; T2 = Tiempo 2

Los resultados muestran que los hombres fueron los únicos que informaron un deterioro significativo en su salud psicológica al cabo de ocho semanas de actividades en la universidad. Los cambios en el informe de síntomas físicos, así como para el grupo de mujeres en ambos indicadores de salud no fueron significativos, aunque todos mostraron una tendencia hacia un mayor deterioro.

Para explorar posteriormente el valor predictivo de las dimensiones del ESE sobre los indicadores de salud después de un período de adaptación de ocho semanas, los datos fueron sometidos a análisis de regresión múltiple con el método paso a paso (stepwise), usando el programa estadístico SPSS V. 10. Las puntuaciones en las medidas de salud en el T2 fueron usadas como variables dependientes en la ecuación de regresión, mientras que las puntuaciones en las dimensiones del ESE para el T1 fueron usadas como variables independientes. Con el propósito de controlar el sesgo producido por el estatus de salud de los participantes en el T1, tales valores iniciales fueron controlados incorporándolos en el primer paso de la ecuación de regresión, siguiendo con los valores del ESE en el paso 2. De esta manera, la relación entre las variables independientes y dependientes pudo ser evaluada mientras que se controlaban los valores iniciales de estas últimas (VDs). La tabla 3 muestra los resultados del análisis de regresión usando los valores del inventario de Síntomas Físicos de Cohen-Hoberman (CHIPS).

Tabla 3

Análisis de regresión para CHIPS en T2, controlando puntuaciones de CHIPS en T1

	Beta	T	p	R ² cambio	F cambio	gl
<i>VARIABLES EN LA ECUACIÓN</i>						
<i>Paso 1</i>				0,491	206,45**	1,214
CHIPS-1	0,791	14,368	0,0001			
<i>Paso 2</i>				0,39	5,836**	3,211
CHIPS-1	0,712	12,320	0,0001			
SEN-1	0,586	3,259	0,001			
DE-1	-0,606	-1,91	0,06			
SIP-1	0,547	1,98	0,05			

** $p < 0,001$. CHIPS-1 Puntuaciones del Inventario Cohen-Hoberman en Tiempo 1. SEN-1= Sensibilidad Egocéntrica Negativa en el T1. DE-1= Distanciamiento Emocional en el T1. SIP-1= Sensibilidad Interpersonal Positiva en el T1.

Los resultados mostraron que el modelo de predicción fue significativo ($F[4,215] = 59,489$; $p < 0,0001$), siendo la puntuación del mismo cuestionario en el T1 lo que explicó el mayor porcentaje de la varianza total de los síntomas en el T2 (49%). Después de controlar las puntuaciones del inventario de salud en el T1, la sensibilidad emocional aún contribuyó a la explicación de la varianza de las puntuaciones de CHIPS en el T2, especialmente la sensibilidad egocéntrica negativa (SEN); mientras que la sensibilidad interpersonal positiva (SIP) contribuyó pero en una magnitud menor. El efecto de DE fue sólo marginal ($Beta = -0,61$; $p = 0,06$).

El siguiente análisis de regresión se realizó usando los valores de la sub-escala de *síntomas físicos* de la Lista de Chequeo del Estatus de Salud (HSC) para el T2, controlando los valores del mismo indicador para el T1. La tabla 4 muestra el cuadro resumen de los resultados.

Los resultados muestran que únicamente las puntuaciones en el mismo inventario de salud administrado en el T1 fueron los responsables de la variabilidad en el T2, explicando el 27% de la varianza. El modelo de regresión del ESE no fue significativo, por lo tanto las dimensiones de la sensibilidad emocional no contribuyeron a la explicación de la varianza de los síntomas físicos del HSC en la fase de seguimiento.

Los análisis de las puntuaciones en las dimensiones de *síntomas psicológicos* fueron hechos separadamente por géneros, controlando las puntuaciones de los mismos inventarios en T1. Tal como se hizo en los análisis previos, las puntuaciones en los indicadores de salud en el T2 se usaron como variables dependientes, mientras las puntuaciones del ESE en el T1 se introdujeron en la ecuación de regresión como variables independientes. La tabla 5 muestra el cuadro resumen del análisis de regresión para los hombres.

Tabla 4

Análisis de regresión de los síntomas físicos en T2, controlando las puntuaciones en T1

	Beta	T	p	R ² cambio	F cambio	gl
<i>Variables en la ecuación</i>						
<i>Paso 1</i>						
Fis-1	0,520	9,000	0,0001	0,270	81,001**	1,219
<i>Paso 2</i>				0,006	0,562	3,216
Fis-1	0,510	8,690	0,0001			
SEN-1	0,028	0,452	0,652			
DE-1	0,019	0,296	0,767			
SIP-1	0,70	1,16	0,245			

** $p < 0,001$. Fis-1 Síntomas físicos del HSC en el T1. SEN-1= Sensibilidad Egocéntrica Negativa en el T1. DE-1= Distanciamiento Emocional en el T1. SIP-1= Sensibilidad Interpersonal Positiva en el T1.

Tabla 5

Análisis de regresión para los síntomas psicológicos del HSC en hombres en T2, controlando las puntuaciones en T1

	Beta	T	p	R ² cambio	F cambio	gl
<i>Variables en la ecuación</i>						
<i>Paso 1</i>						
Psic-1	0,698	11,457	0,0001	0,487	131,259**	1,138
<i>Paso 2</i>				0,036	3,350*	3,135
Psic-1	0,618	9,464	0,0001			
SEN-1	0,216	3,077	0,003			
DE-1	-0,098	-1,477	0,142			
SIP-1	0,018	0,299	0,766			

** $p < 0,001$; * $p < 0,05$. Psic-1 Síntomas psicológicos del HSC en hombres para T1. SEN-1= Sensibilidad Egocéntrica Negativa en el T1. DE-1= Distanciamiento Emocional en el T1. SIP-1= Sensibilidad Interpersonal Positiva en el T1.

Los resultados mostraron que aún después de controlar los efectos del mismo indicador de salud en el T1, SEN contribuyó adicionalmente a la explicación de la varianza de la variable dependiente en el T2, explicando un 4% de la misma (Beta = 0,216; $p < 0,0001$). La tabla 6 muestra el cuadro resumen del análisis para las mujeres.

Tabla 6

Análisis de regresión para los síntomas psicológicos del HSC en mujeres en T2, controlando las puntuaciones en T1

	Beta	T	p	R ² cambio	F cambio	gl
<i>Variables en la ecuación</i>						
<i>Paso 1</i>						
Psic-1	0,669	7,420	0,0001	0,447	55,058**	1,68
<i>Paso 2</i>						
Psic-1	0,635	6,320	0,0001	0,019	0,765	3,65
SEN-1	0,052	0,511	0,611			
DE-1	-0,060	-0,35	0,528			
SIP-1	0,108	1,168	0,247			

** $p < 0,001$; * $p < 0,05$. Psic-1 Síntomas psicológicos del HSC en mujeres para T1. SEN-1= Sensibilidad Egocéntrica Negativa en el T1. DE-1= Distanciamiento Emocional en el T1. SIP-1= Sensibilidad Interpersonal Positiva en el T1.

Los resultados para el grupo femenino mostraron que, después de controlar el efecto de los *síntomas psicológicos* en el T1, ninguna de las dimensiones del ESE aportaron explicación adicional a la variabilidad del mismo indicador en el T2. De esta manera, el modelo de predicción para el grupo femenino no fue significativo.

Discusión

El objetivo del presente estudio fue evaluar la implicación de la sensibilidad emocional en la relación estrés-salud de un grupo de estudiantes en proceso de adaptación a la universidad. Un estudio similar se había reportado previamente con estudiantes universitarios británicos (Guarino, 2004), encontrándose que la sensibilidad egocéntrica negativa predecía significativamente deterioros en el estatus de salud de los estudiantes, aún después de controlar los valores iniciales de los mismos indicadores de salud. Por su parte, la sensibilidad interpersonal positiva actuaba como protectora de la salud auto reportada en aquellos casos en donde los jóvenes hacían uso simultáneo de estrategias funcionales de afrontamiento como el despegue emocional - detachment- (ver Roger, Jarvis y Najarian, 1993).

Los análisis comparativos de los dos momentos de la investigación (T1 y T2) mostraron que sólo el grupo masculino informó de un deterioro significativo en su salud psicológica, a diferencia de las mujeres. Esto indica que los hombres manifestaron más síntomas de cansancio, ansiedad, insomnio y depresión al final de su primer período en la universidad. Estos resultados contrastan con algunos hallazgos previos aparecidos en la literatura, en los cuales las mujeres informan con mayor frecuencia e intensidad la presencia de síntomas de físicos y psicológicos que los hombres en períodos de adaptación (p.ej. Williams y Wiebe, 2000). Sin embargo, en otro estudio con universitarios británicos y americanos, McConatha, Lightner, y

Deaner (1994) habían registrado mayores puntuaciones en índices de emocionalidad negativa como rumiación e inhibición emocional en hombres, comparados con mujeres. Lo interesante de este resultado es precisamente la relación que se encontró entre este informe de síntomas y la sensibilidad egocéntrica negativa en este grupo.

Cuando las dimensiones del ESE fueron utilizadas para predecir el informe de síntomas de los estudiantes al cabo de ocho semanas, los resultados indicaron, como se esperaba, que el estatus de salud inicial de los jóvenes explicaría la mayor proporción de la varianza (entre 27 y 50% de la varianza en los síntomas físicos y alrededor de 47% para los síntomas psicológicos). Sin embargo, una vez controlado este efecto, la sensibilidad egocéntrica negativa logró explicar una porción adicional de la varianza, tanto del informe de síntomas físicos, como de síntomas psicológicos en el caso de los varones. Estos resultados indican que la escala SEN (*sensibilidad egocéntrica negativa*) es una medida de la emocionalidad capaz de explicar cambios significativos en el estatus de salud de jóvenes que experimentan procesos de adaptación y altas demandas ambientales, apoyando resultados similares con respecto a la relación positiva entre afectividad/emocionalidad negativa y deterioro de la salud autopercebida (Clark y Watson, 1988; Costa y McCrae, 1987; Guarino, 2004; McCrae, 1990; Watson y Pennebaker, 1989). Específicamente, la sensibilidad negativa parece tener un efecto diferencial sobre la salud psicológica de los estudiantes masculinos, a diferencia de las jóvenes mujeres.

La hipótesis es que las mujeres de esta muestra tienden a involucrarse más energicamente en roles masculinos que otras mujeres evaluadas en estudios previos con universitarios, debido al tipo de carreras en las cuales se encuentran involucradas (ciencias básicas, estudios tecnológicos y diversas ramas de la ingeniería). Esto probablemente induce a un afrontamiento de las demandas ambientales de una forma más activa, a diferencia de los hombres quienes están menos protegidos contra los efectos del estrés debido a su tendencia a manifestar mayor sensibilidad negativa y a adoptar estilos de afrontamiento de evitación. Estudios previos conducidos con muestras similares en Venezuela han ya indicado que las mujeres usan estilos de afrontamiento más racionales que los hombres para afrontar situaciones estresantes académicas, mientras que éstos tienden a utilizar afrontamiento evitativo, con su consecuente impacto sobre sistema inmunológico (Guarino y Feldman, 1995; Guarino, Gavidia y Antor, 2000). Por otro lado, Ingram, Cruet, Jonson y Wisnicki (1988) sugieren que cierto nivel de masculinidad en las mujeres parece proteger a este grupo de la depresión. Faltaría determinar si estas mismas diferencias de género, en cuanto a la relación sensibilidad emocional-salud, aparecen cuando se analizan los síntomas físicos, lo cual deberá ser objeto de próximos análisis y discusión.

Resultó interesante que, a pesar de no haberse previsto una relación directa entre la sensibilidad interpersonal positiva y los índices de salud, el análisis de regresión indicó que una mayor puntuación en esta disposición emocional sumó un porcentaje adicional significativo a la varianza del informe de síntomas en los estudiantes, esto es, a mayor sensibilidad positiva, mayor informe de síntomas. Este resultado previamente encontrado en el estudio con jóvenes británicos (Guarino,

2004) fue explorado con mayor profundidad, tratando de determinar si el efecto podía explicarse como resultado de la interacción de esta disposición emocional con el uso de determinadas estrategias de afrontamiento. Usando análisis de contraste se encontró que efectivamente mayores puntuaciones en sensibilidad interpersonal positiva predecían mayor informe de síntomas físicos y ansiedad, pero sólo para aquellos jóvenes que afrontaban las circunstancias interpersonales en forma emocional e involucrándose excesivamente en las experiencias emocionales de los otros, sin «desapegarse» o tratar de ver los hechos desde una perspectiva más neutral. Tal resultado apoyó hallazgos previos acerca de los devastadores efectos que una alta empatía puede tener cuando no se establecen barreras o protecciones ante las reacciones emocionales de los otros (Bonino y Giordanengo, 1993; Gawronski y Privette, 1997; Schieman y Turner, 2001), así como apoyó el modelo de control emocional propuesto por Roger, Guarino y Olason (2000).

Dada la relevancia de esta propuesta y su posible implicación en el proceso de adaptación y bienestar de los individuos, sobre todo de aquellos que ejercen labores de servicio social en las cuales se espera establezcan empatía y comprensión de las personas atendidas, pero intentando no involucrarse con su sufrimiento y preocupación, se están adelantando en el presente algunos estudios para determinar la influencia que la interacción sensibilidad interpersonal positiva y afrontamiento por desapego tienen sobre la salud de profesionales de la medicina.

En conclusión, la dimensión de sensibilidad egocéntrica negativa del ESE logra predecir significativamente el informe de síntomas físicos y psicológicos después de un período de adaptación a nuevas demandas ambientales, sin embargo, este patrón de explicación es mucho más fuerte para hombres que para mujeres. Sería recomendable seguir explorando esta relación entre sensibilidad emocional, salud y género en otros grupos poblacionales con diferentes características socio-demográficas, edades, y estatus laboral, a fin de determinar la especificidad o generalidad de estos resultados. Por otro lado, con respecto al impacto de la sensibilidad interpersonal positiva sobre la salud, se sugiere seguir investigando la validez del modelo de control emocional (sensibilidad positiva X desapego emocional) en su rol protector sobre la salud de poblaciones profesionales que laboren en servicios sociales y de asistencia a otros individuos, como psicólogos, orientadores, trabajadores sociales, enfermeras, policías, etc. La comprobación de este modelo sería de suma utilidad para los programas de entrenamiento y adiestramiento de estos profesionales, de quienes se espera que, además de ser empáticos, tengan la capacidad de afrontar las demandas ambientales y situaciones estresantes propias de su ejercicio profesional de una manera neutral y objetiva, evitando involucrarse emocionalmente en las circunstancias difíciles del otro, brindando así un mayor y más eficaz soporte a quién lo necesita.

Referencias

- Bonino, S. y Giordanengo, B. (1993). L'empatia: Condividere, ma non troppo. Una ricerca sugli operatori sanitari. *Ricerche di Psicologia*, 17, 101-116.

- Clark, L. y Watson, D. (1988). Mood and the mundane: Relations between daily life events and self-reported mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 958-964.
- Cohen, S. y Hoberman, G. M. (1983). Positive events and social support as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13, 99-125.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1987). Neuroticism, somatic complaints, and disease: is the bark worse than the bite?. *Journal of Personality*, 55, 299-316.
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalogue of Selected Documents in Psychology*, 10, 85.
- Folkman, S. y Lazarus, R. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Forbes, A. (1999). *Personality, social support and health status*. Disertación doctoral no publicada, Universidad de York - Inglaterra.
- Gawronski, I. y Privette, G. (1997). Empathy and reactive depression. *Psychological Reports*, 80, 1043-1049.
- Guarino, L. (2004). *Emotional Sensitivity: A new measure of emotional lability and its moderating role in the stress-illness relationship*. Disertación doctoral no publicada. Universidad de York (Inglaterra).
- Guarino, L., Gavidia, I. y Antor, M. (2000). Factores psicosociales e inmunidad en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología Contemporánea*, 7, 72-77.
- Guarino, L. y Feldman, L. (1995). Estilos de afrontamiento a eventos estresantes en una muestra de estudiantes universitarios. *Comportamiento*, 4, 25-45.
- Guarino, L. y Roger, D. (2005). Construcción y validación de la escala de sensibilidad emocional (ESE). Un nuevo enfoque para medir neuroticismo. *Psicothema*, 17, 465-470.
- Ingram, R. E., Cruet, D., Johnson, B. y Wisnicki, K. (1988). Self-focused attention, gender, gender role, and vulnerability to negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 967-978.
- Lazarus, R. (1981). The stress and coping paradigm. En C. Eisdorfer, D. Cohen, A. Kleinman, y P. Maxim (dirs.), *Models for clinical psychopathology* (pp. 177-214). Nueva York: Spectrum.
- Lazarus, R., Kanner, A. y Folkman, S. (1980). Emotions: A cognitive-phenomenological analysis. En R. Plutchik y H. Kellerman (dirs.), *Theories of emotion, Vol. 1. Emotion: Theory, research and experience* (pp. 189-217). Nueva York: Academic Press.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martinez Roca.
- Lazarus, R. y Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. En L. A. Pervin y M. Lewis (dirs.), *Perspectives in interactional psychology* (pp. 287-327). Nueva York: Plenum.
- McConatha, J. T., Lightner, E. y Deaner, S. (1994). Culture, age, and gender as variables in the expression of emotions. *Journal of Social Behavior and Personality*, 9, 481-488.
- McCrae, R. R. (1990). Controlling Neuroticism in the measurement of stress. *Stress Medicine*, 6, 237-241.
- Meadows, M. (1989). *Personality, stress and health*. Disertación doctoral no publicada, University de York (Inglaterra).
- Roger, D. (1995, Abril). *The mechanics of stress: A model for the relationship between stress, health and personality*. Comunicación presentada en la 5ª Conferencia Internacional de Manejo del estrés (International Conference on Stress Management- ISMA), Noordwijherhout, Holanda.
- Roger, D., Guarino, L. y Olason, D. (2000, agosto). *Emotional style and health: A new three-factor model*. Comunicación presentada en la 14va Conferencia de la Sociedad Europea

- de Psicología de la Salud (14th Conference of the European Health Psychology Society), Leiden, Holanda.
- Roger, D., Jarvis, G. y Najarian, B. (1993). Detachment and coping: the construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 15, 619-626.
- Schieman, S. y Turner, H. (2001). «When feeling other people's pain hurts»: The influence of psychosocial resources on the association between self-reported empathy and depressive symptoms. *Social Psychology Quarterly*, 64, 376-389.
- Schroeder, D. y Costa, P. (1984). Influence of life event stress on physical illness. Substantive effects or methodological flaws? *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 853-863.
- Steptoe, A. (1991). The links between stress and illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 35, 633-644.
- Watson, D. y Clark, L. A. (1984). Negative Affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465-490.
- Watson, D. y Pennebaker, J. (1989). Health complaints, stress and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-254.
- Williams, P. y Wiebe, D. (2000). Individual differences in self-assessed health: gender, neuroticism and physical symptom reports. *Personality and Individual Differences*, 28, 823-835.