

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS ENFOCADA A LA EMOCIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADAS DEL INMP – 2024

PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE STRESS COPING SCALE FOCUSED ON EMOTION IN HOSPITALIZED PATIENTS OF THE INMP – 2024

Daniel Silva-Dominguez^{1,2,a} , Paola Chávez-Ochoa^{1,a} , Cynthia Ponce³ , Heiseth Oropeza³ , Jennifer Chirinos³ , Fiorella Gabriel³ , Idelsa Barbosa³ , Andrea Velazco¹ 

RESUMEN

Introducción. El afrontamiento emocional es fundamental en gestantes con complicaciones. **Objetivo.** Analizar las propiedades psicométricas del Cuestionario Breve de Afrontamiento al Estrés (CSI-FV) en pacientes hospitalizadas del Instituto Nacional Materno Perinatal. **Materiales y Métodos.** Estudio instrumental psicométrico con análisis de datos de mujeres mayores de 18 años sin antecedentes de trastornos mentales. Una primera muestra (n=208) se usó para describir los ítems y realizar análisis factorial confirmatorio (AFC) del modelo original, así como análisis factorial exploratorio (AFE) de cinco modelos alternativos: de cuatro, tres, dos dimensiones y dos modelos unidimensionales, comparando seis estructuras factoriales en total. Se evaluó confiabilidad (alfa, alfa ordinal y omega) y validez (CFI, TLI, SRMR, RMSEA). Una segunda muestra (n=440), compuesta por 220 pacientes con preeclampsia o hipertensión y 220 sin dichos diagnósticos, se utilizó para el análisis de invarianza factorial y validez convergente con la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7). **Resultados.** El modelo de dos dimensiones mostró los mejores indicadores psicométricos. La dimensión F1 (compromiso emocional) presentó alfa=0,72; alfa ordinal=0,75; omega=0,78, y F2 (evitación emocional): alfa=0,80; alfa ordinal=0,83; omega=0,84. Se obtuvieron CFI=0,986; TLI=0,974; SRMR=0,064; RMSEA=0,078 (IC90%: 0,054–0,097). La invarianza fue débil entre los grupos comparados (M1–M2=0,003; M2–M3=0,007; M3–M4=0,033). Se halló correlación directa y significativa entre F2 y ansiedad (rho=0,325; p<0,001), e inversa con F1 (rho=–0,162; p<0,050). **Conclusión.** El CSI-FV, en su versión breve de seis ítems y estructura bifactorial, presenta adecuadas propiedades psicométricas de validez, confiabilidad y sensibilidad para detectar diferencias clínicas.

Palabras clave: Confiabilidad, Validez, Análisis factorial, Estrategias Afrontamiento (Fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Introduction. Emotional coping is essential in pregnant women with complications. **Objective.** To analyze the psychometric properties of the Brief Coping Strategies Inventory (CSI-FV) in hospitalized patients at the Instituto Nacional Materno Perinatal. **Materials and Methods.** Psychometric instrumental study using secondary data from women over 18 years old without a history of mental disorders, obtained from two previous investigations. The first sample (n=208) was used to describe the items and perform confirmatory factor analysis (CFA) of the original model, as well as exploratory factor analysis (EFA) of five alternative models: four-, three-, and two-dimensional structures, and two unidimensional models—six factorial structures in total. Reliability (Cronbach's alpha, ordinal alpha, and omega) and validity (CFI, TLI, SRMR, RMSEA) were assessed. A second sample (n=440), composed of 220 patients diagnosed with preeclampsia or hypertension and 220 without such diagnoses, was used to assess measurement invariance and convergent validity with the Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7). **Results.** The two-factor model showed the best psychometric indicators. Factor 1 (emotional engagement) showed alpha=0.72; ordinal alpha=0.75; omega=0.78, and Factor 2 (emotional avoidance) showed alpha=0.80; ordinal alpha=0.83; omega=0.84. Good fit indices were obtained: CFI=0.986; TLI=0.974; SRMR=0.064; RMSEA=0.078 (90% CI: 0.054–0.097). Measurement invariance was weak between groups (M1–M2=0.003; M2–M3=0.007; M3–M4=0.033). A direct and significant correlation was found between Factor 2 and anxiety (rho=0.325; p<0.001), and an inverse significant correlation with Factor 1 (rho=–0.162; p<0.050). **Conclusion:** The six-item, two-factor CSI-FV shows adequate validity, reliability, and clinical sensitivity to assess emotional coping strategies in hospitalized patients.

Key words: Reliability; Validity; Factor Analysis; Coping Skills (Source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

Según el Boletín del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP)⁽¹⁾, en el año 2022 se atendieron más de 16 000 gestantes con complicaciones como preeclampsia, hipertensión y rotura prematura de membranas. Estas condiciones requieren hospitalización, generando un

alto nivel de estrés en las pacientes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera prioritaria la atención integral durante el embarazo, debido a los cambios físicos y emocionales que este implica⁽²⁾. En embarazos de alta complejidad, las pacientes deben permanecer hospitalizadas bajo seguimiento médico continuo⁽³⁾ lo que conlleva angustia, tensión y un estado de constante

¹ Licenciado en Psicología

² Especialista en Terapia Cognitiva Conductual

³ Bachiller en Psicología

^a Instituto Nacional Materno Perinatal

Citar como: Silva-Dominguez D. et al. Propiedades psicométricas de la escala de afrontamiento al estrés enfocada a la emoción en pacientes hospitalizadas del INMP – 2024. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2025; 14(1): 26-36. DOI: <https://doi.org/10.33421/inmp.2025400>

incertidumbre. La forma en que las pacientes canalizan sus emociones influye en su adherencia al tratamiento, mediante la puesta en práctica de estrategias de afrontamiento^(4,5).

El afrontamiento es el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales que realiza una persona para manejar situaciones estresantes^(5,6). Cada gestante interpreta de manera particular su estado de salud, por lo que sus estilos de afrontamiento dependen de sus características personales y experiencias previas⁽⁷⁾. Estos estilos pueden centrarse en el compromiso activo o en la evitación, lo cual influye en su percepción del embarazo, en la motivación para la recuperación y en la construcción de expectativas realistas^(8,9). Este tipo de afrontamiento puede también fortalecer la autonomía y el rol activo en el proceso de recuperación^(10,11).

Existen diversos instrumentos para medir el afrontamiento. Algunos se centran en la intensidad del estrés, como la Escala de Estrés Percibido⁽¹¹⁾ o la Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)⁽¹²⁾. Otros miden las estrategias de afrontamiento en sí, como el “Ways of Coping Questionnaire” de Folkman S y Lazarus RS, con 68 ítems que evalúan ocho dimensiones⁽¹³⁾, o el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) de Sandín B y Chorot P, que mide siete estilos en 42 ítems⁽¹⁴⁾.

Tobin DL et al. desarrollaron en 1989 el Coping Strategies Inventory (CSI), compuesto por 72 ítems y ocho dimensiones⁽¹⁵⁾. García F et al. adaptaron esta escala al español en una versión de 40⁽¹⁶⁾. Posteriormente, Addison CC et al. diseñaron una versión breve con 16 ítems, agrupados en cuatro factores⁽¹⁷⁾. Tous-Pallarés J et al. tradujeron esta versión al español y validaron su uso en contextos clínicos, reportando adecuados índices psicométricos⁽¹⁸⁾.

En contextos hospitalarios, donde las pacientes pueden sentirse vulnerables, con recursos emocionales limitados y escasa oportunidad de expresar sus inquietudes, identificar sus estilos de afrontamiento es crucial⁽¹⁰⁾. La separación de sus redes de apoyo, como la familia, agrava la carga emocional⁽⁷⁾. Así, surge la necesidad de contar con instrumentos breves, fiables y válidos que puedan aplicarse sin interferir en las intervenciones clínicas y que faciliten el diseño de estrategias de apoyo emocional individualizadas.

Ante ello, el presente estudio tiene como objetivo analizar las propiedades psicométricas del Cuestionario Breve de Afrontamiento al Estrés (CSI-FV), centrado en la emoción, en pacientes hospitalizadas en el INMP durante el año 2023, mediante análisis factorial exploratorio y confirmatorio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y área de estudio

El presente estudio es de tipo instrumental psicométrico. Se aplicó el cuestionario original de estrategias de

afrontamiento al estrés (CSI-FV), en mujeres puérperas mayores de 18 años de Hospitales nivel 3 de Minsa de Lima y Arequipa, se tomaron con la finalidad de poder verificar la estructura y cargar factorial de la escala.

Población y muestra

La población estuvo conformada por mujeres mayores de 18 años, sin diagnóstico de trastorno psicológico, con o sin presencia de trastornos hipertensivos de Lima y Arequipa. El tamaño de muestra se calculó en función del número de parámetros del instrumento, atendiendo a la cantidad de variables observadas y latentes, considerando una potencia esperada de 0,95, un tamaño de efecto anticipado de 0,3 y un nivel de probabilidad de 0,05. El tamaño mínimo requerido fue de 207 participantes⁽¹⁹⁾. La muestra final incluyó a 440 mujeres, divididas equitativamente entre aquellas con diagnóstico de preeclampsia o trastornos hipertensivos y aquellas sin dichos diagnósticos.

Variabes e instrumentos

Se empleó la versión breve del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CSI-FV), adaptado al español por Cano-García F et al.⁽²⁰⁾ y posteriormente analizado por Tous-Pallarés J et al.⁽¹⁸⁾. Este instrumento consta de 16 ítems distribuidos en cuatro dimensiones: afrontamiento enfocado en el compromiso con el problema (PFC), evitación del problema (PFE), afrontamiento enfocado en el compromiso con la emoción (EFC) y evitación emocional (EFE). En esta primera fase del análisis se consideró el instrumento completo, evaluando su estructura original y modelos alternativos, así como la invarianza de las dimensiones.

También se utilizó la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7), compuesta por siete ítems que evalúan la sintomatología ansiosa en una escala Likert de cuatro puntos (0=nada a 3=casi todos los días). Esta fue desarrollada por Spitzer R et al. y traducida al español por García-Campayo J et al. en 2010⁽²¹⁾. Para el presente estudio se utilizó la versión adaptada al contexto peruano por Franco-Jiménez RA y Núñez-Magallanes A⁽²²⁾, la cual reporta adecuados indicadores de validez y confiabilidad.

Procedimientos

Se solicitaron los permisos pertinentes a los autores al servicio de psicología y al Comité de Ética del INMP. Posteriormente se construyó dos bases de datos: una con 208 participantes para los análisis descriptivos, estructura factorial y análisis de indicadores de validez de la escala; y otra con 440 puérperas, 220 con y sin trastornos hipertensivos respectivamente, para la evaluación de la invarianza; y validez convergente con la escala de ansiedad GAD-7.

Análisis estadístico

Mediante el programa R Studio se realizó el análisis paralelo para la determinación de componentes principales, indicando que la escala puede estructurarse

hasta en cuatro factores⁽²³⁾. Se realizó el análisis descriptivo para cada ítem, tomando en cuenta los puntajes de asimetría y curtosis, considerando como adecuados los puntajes dentro del rango $\pm 1,5$ ⁽²⁴⁾. Se continuó con el análisis factorial confirmatorio del modelo original (M1) y el análisis factorial exploratorio para la propuesta de modelos nuevos, correspondientes a cuatro, tres, dos factores y modelos unidimensionales. Estas distribuciones se dieron mediante una rotación oblicua, utilizando el estimador mínimos cuadrados ponderados robustos (WLSMV)⁽²⁵⁾, estableciendo el mejor modelo a través de cuatro indicadores de ajuste de validez: índice de ajuste comparativo (CFI), índice de Tucker-Lewis (TLI), raíz cuadrática media estandarizada residual (SRMR) y raíz del error cuadrático medio de aproximación (RMSEA). Los puntos de corte aceptados fueron los siguientes: CFI y TLI $>0,90$, RMSEA $<0,08$. Se analizaron también los indicadores de fiabilidad mediante el coeficiente de Alfa, Alfa ordinal y Omega, considerando adecuados los coeficientes con valores superiores a $0,70$ ⁽²⁷⁾.

Luego de seleccionar el mejor modelo, se analizó la invarianza de medición de grupos. Se comparó las muestras de pacientes quienes presentaron preeclampsia y trastornos hipertensivos (220 pacientes) respecto a quienes no lo presentaron (220 pacientes), totalizando 440 mujeres. Se compararon cuatro modelos de medición con restricciones progresivas entre categorías: primero la invarianza configural, luego la invarianza métrica, seguida de la invarianza escalar y, por último, la invarianza residual. La existencia de invarianza entre grupos se determinó mediante el cambio en el CFI (Δ CFI), con un punto de corte $<0,01$ ⁽²⁸⁾.

Tabla 1. Media, mediana, desviación estándar, asimetría, curtosis de los ítems de la escala de afrontamiento al estrés (N=207).

Ítems	Media	Mediana	Desviación estándar	Asimetría	Curtosis	Correlación*
EE1	3,33	3	0,968	-0,08	-0,45	0,75
EE2	3,63	4	0,995	-0,29	-0,46	0,72
EE3	3,30	3	0,962	-0,10	-0,21	0,42
EE4	2,44	2	1,090	0,54	-0,18	0,20
EE5	2,50	3	1,050	0,28	-0,33	0,30
EE6	3,57	4	1,100	-0,31	-0,83	0,44
EE7	3,09	3	0,918	0,05	-0,21	0,11
EE8	3,52	3	0,997	-0,20	-0,42	0,65
EE9	3,10	3	0,896	-0,15	0,20	0,56
EE10	2,58	2	1,120	0,40	-0,50	0,49
EE11	3,55	4	1,010	-0,29	-0,44	0,42
EE12	2,31	2	1,230	0,83	-0,17	0,06
EE13	3,35	3	1,140	-0,11	-0,98	0,83
EE14	3,13	3	0,889	0,08	0,02	0,02
EE15	2,53	2	1,170	0,54	-0,34	0,49
EE16	3,17	3	1,060	0,07	-0,55	0,20

EE: Escala de estrés *Correlación ítem-test

Finalmente, se analizó la validez convergente mediante el análisis de correlación Rho de Spearman, entre las dimensiones de la escala de afrontamiento al estrés enfocado a la emoción y la escala de ansiedad (GAD-7). Esta correlación se determinó ya que no se cumplieron los criterios de normalidad⁽²⁹⁾.

Aspectos éticos

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Unidad de Investigación y Docencia del Instituto Nacional Materno Perinatal (Carta N.°019-2023-DG-N.°008-OEAIDE-INMP).

La base de datos fue anonimizada, sin contener información personal identificable, lo que garantizó la confidencialidad y privacidad de las participantes. El estudio se desarrolló conforme a las Pautas Éticas Internacionales del CIOMS⁽³⁰⁾, asegurando el uso ético, restringido y justificado de la información exclusivamente con fines investigativos y dentro del marco de los objetivos planteados.

RESULTADOS

Los hallazgos descriptivos presentados en la Tabla 1 muestran que los valores de media por ítem se encontraron entre $M=3,33$ (EE1) y $M=3,17$ (EE16), con una desviación estándar entre $DE=0,968$ (EE1) y $DE=1,060$ (EE16). La asimetría osciló entre $g1=-0,45$ (EE1) y $g1=0,07$ (EE16), y la curtosis entre $g2=-0,55$ (EE16) y $g2=-0,45$ (EE1). La correlación ítem-test varió entre $r=0,20$ (EE16) y $r=0,83$ (EE13). Los valores de asimetría y curtosis se encontraron dentro del rango de $\pm 1,5$.

Mediante el análisis paralelo se indicó que la escala podía distribuirse hasta en cuatro dimensiones. Se procedió con un análisis factorial exploratorio para la propuesta de nuevos modelos. En la Tabla 2 se presentan los seis modelos analizados: el modelo

original y los modelos A, B, C, D y E, con sus respectivas estructuras factoriales. En todos los modelos se conservaron los ítems cuyas cargas factoriales fueron mayores o iguales a 0,30, manteniendo el modelo teórico del modelo original.

Tabla 2. Cargas factoriales de los ítems y confiabilidad de cada dimensión de los modelos propuestos.

Ítems	M. Original				MA				MB			MC		MD	ME
	F1 PFC	F2 PFE	F3 EFC	F4 EFE	F1 PFC	F2 PFE	F3 EFC	F4 EFE	F1 PFE	F2 EFC	F3 EFE	F1 EFC	F2 EFE	F1 EFC	F1 EFE
EE1	0,59				0,62										
EE2	0,89				0,55										
EE3				0,61				0,59			0,60		0,61		0,62
EE4		0,32				0,24			0,45						
EE5			0,22												
EE6			0,96				0,97			0,95		0,99		0,96	
EE7		0,79				0,89			0,87						
EE8	0,50														
EE9	0,26				0,26										
EE10				0,82				0,86			0,82		0,83		0,79
EE11			0,53				0,50			0,44		0,41		0,43	
EE12		0,08													
EE13			0,78				0,78			0,81		0,79		0,81	
EE14		0,46				0,47			0,42						
EE15				0,96				0,93			0,98		0,96		0,99
EE16				0,51											
Condiabilidad															
Alfa	0,62	0,24	0,45	0,76	0,61	0,44	0,72	0,80	0,53	0,72	0,80	0,72	0,80	0,72	0,80
Alfa Ordinal	0,66	0,32	0,46	0,78	0,65	0,50	0,75	0,83	0,57	0,72	0,83	0,75	0,83	0,75	0,83
Omega	0,64	0,38	0,64	0,81	0,67	0,49	0,79	0,83	0,59	0,75	0,84	0,78	0,84	0,78	0,84

M. Original: Modelo original (modelo de 4 factores propuestos por el autor). MA: Modelo A (modelo de 4 factores propuestos mediante análisis factorial exploratorio). MB: Modelo B (modelo de 3 factores propuestos mediante análisis factorial exploratorio). MC: Modelo C (modelo de 2 factores propuestos mediante análisis factorial exploratorio). MD: Modelo D (modelo de 1 factor propuestos mediante análisis factorial exploratorio). ME: Modelo E (modelo de 1 factor propuestos mediante análisis factorial exploratorio). PFC: Estrategias de Afrontamiento enfocado al compromiso con el problema. PFE: Estrategias de Afrontamiento enfocado a la evitación del problema. EFC: Estrategias de afrontamiento enfocado al compromiso con la emoción. EFE: Estrategias de afrontamiento enfocado a la evitación de la emoción.

El modelo original incluyó cuatro dimensiones: F1 (PFC), F2 (PFE), F3 (EFC) y F4 (EFE), observándose que solo la dimensión F4 presentó valores adecuados de confiabilidad, con cargas factoriales entre 0,51 y 0,96. En el modelo A (cuatro dimensiones), F1, F2, F3 y F4 estuvieron compuestas cada una por tres ítems, y únicamente las dimensiones F3 y F4 alcanzaron valores adecuados de confiabilidad. En el modelo B (tres dimensiones), F1, F2 y F3 incluyeron tres ítems cada una, y también se observaron valores adecuados de confiabilidad en F3 y F4. En el modelo C (dos dimensiones), F1 y F2 se compusieron de tres

ítems cada una, y ambas dimensiones presentaron adecuados valores de confiabilidad. El modelo D (una dimensión) estuvo compuesto por tres ítems, y el modelo E (una dimensión) también incluyó tres ítems, mostrando valores adecuados de confiabilidad respectivamente.

El análisis de validez, según la Tabla 3 y la Figura 1, indicó que el modelo C obtuvo los mejores índices de ajuste (CFI=0,986. TLI=0,974. SRMR=0,064 y RMSEA=0,078), en comparación con los demás modelos propuestos.

Tabla 3. Indicadores de Ajuste de Validez del modelo original y modelos propuestos.

Modelos	X2	DF	X2/DF	CFI	TLI	SRMR	RMSEA
Original	476,573	98	4,862	0,797	0,751	0,122	0,137 (0,124 – 0,149)
Modelo A	19,510	48	4,115	0,912	0,879	0,096	0,123 (0,105-0,141)
Modelo B	116,512	32	3,641	0,943	0,920	0,083	0,113 (0,091-0,135)
Modelo C	28,396	8	3,550	0,986	0,974	0,064	0,078 (0,054 – 0,097)
Modelo D	5,715	2	2,858	0,995	0,985	0,032	0,095 (0,077-0,190)
Modelo E	24,915	2	12,458	0,979	0,938	0,061	0,235 (0,158-0,322)

X2: Chi cuadrado. DF: grado de libertad. X2/DF: producto de chi cuadrado sobre el grado de libertad; CFI: Índice de Ajuste Comparativo. TLI: Indicador de Tucker Lewis. SRMR: Residuo cuadrático medio estandarizado. RMSEA: Medición del error de aproximación.

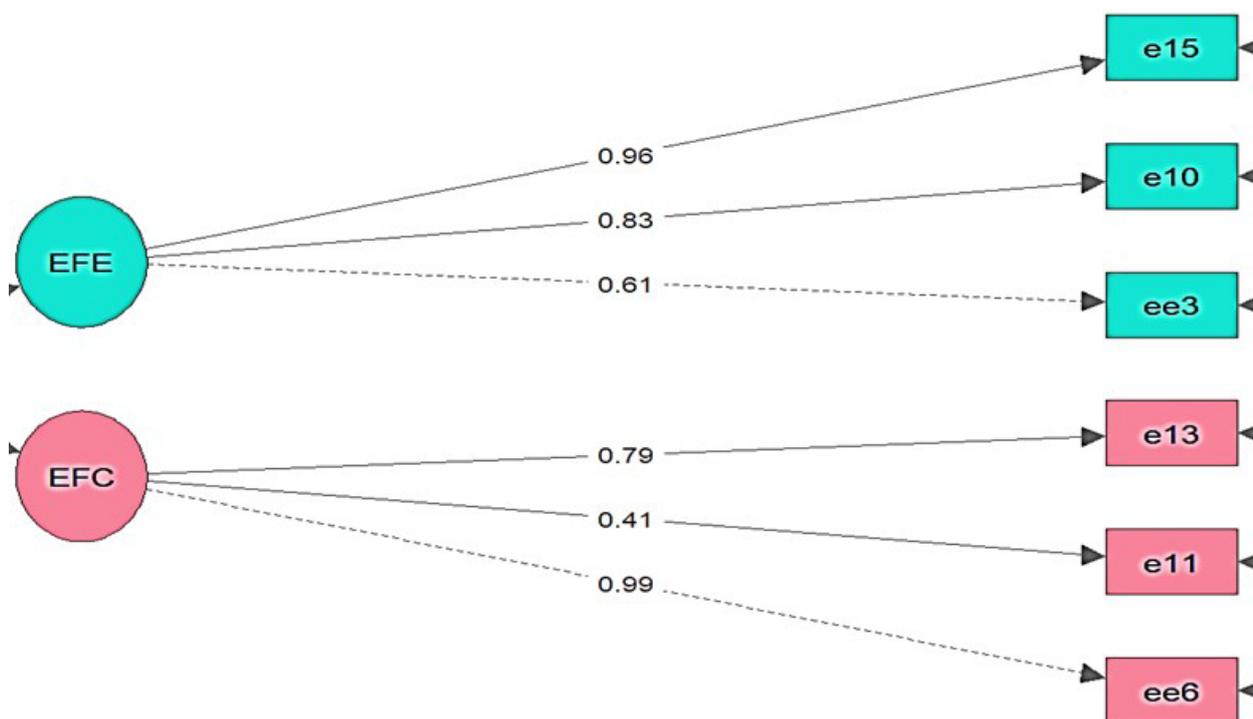


Figura 1. Estructura factorial y cargas factoriales del modelo C de 2 dimensiones de la Escala de afrontamiento al estrés en su versión de 2 factores y 9 ítems, propuesto mediante el análisis factorial confirmatorio.

El análisis de invarianza de medición entre pacientes con trastornos hipertensivos y preeclampsia durante la gestación (n=220) y pacientes sin esta condición médica (n=220) se realizó bajo el modelo C. Los modelos comparativos mostraron valores de ajuste aceptables: configural (CFI=0,961. TLI=0,927. SRMR=0,046. RMSEA=0,077), métrico (CFI=0,958. TLI=0,936. SRMR=0,053. RMSEA=0,072), escalar (CFI=0,951. TLI=0,938. SRMR=0,058. RMSEA=0,071) y residual (CFI=0,918. TLI=0,918. SRMR=0,075. RMSEA=0,081). Se encontró una invarianza factorial débil entre los grupos, por lo que los puntajes no son equivalentes. Esto se evidencia en las diferencias del CFI entre modelos: M1-M2=0,003; M2-M3=0,007 y M3-M4=0,033 (Tabla 4).

Al analizar la relación de las dimensiones F1 (EFC) y F2 (EFE) con la variable ansiedad, se encontró una correlación inversa significativa entre ansiedad y la dimensión F1 (EFC)

(rho=-0,162; p<0,050), y una relación directa y significativa con la dimensión F2 (EFE) (rho=0,325; p<0,001). En ambos casos, el tamaño del efecto fue bajo (0,01 < r² < 0,30), como se muestra en la Tabla 5.

Como se señala en la Tabla 3 fue necesario comparar los indicadores de validez de cada modelo, tanto del modelo original como los propuestos mediante el análisis factorial exploratorio, como se ve en el material complementario, donde se observa la estructura y carga factorial de cada dimensión, de los modelos de 4 y 2 dimensiones, y de dos modelos unidimensionales, en las Figuras S1, S2, S3, S4 y S5.

DISCUSIÓN

Los resultados encontrados en esta investigación evidencian que la escala de afrontamiento al estrés

en población materno perinatal presenta adecuados indicadores de confiabilidad y validez, manteniendo el modelo teórico original, basado en el compromiso y la evitación de problemas y emociones.

Si bien el modelo de Tobin DL et al.⁽¹⁶⁾, compuesto por 72 ítems distribuidos en ocho estrategias específicas para el afrontamiento del estrés, fue el modelo original propuesto, a lo largo de los años se ha evidenciado la reducción de los ítems y estrategias del instrumento en diversos estudios psicométricos, como se observa en su versión en español propuesta por Cano-García F et al.⁽²⁰⁾, reduciendo la escala a 40 ítems durante su adaptación. Esto se debió a que algunas estructuras propuestas del modelo primario no pudieron ser evaluadas ni verificadas en su traducción en otros contextos. De igual manera, Addison CC et al.⁽¹⁷⁾ redujeron la escala a 16 ítems en pacientes con diagnóstico de enfermedades coronarias crónicas, sin alterar el modelo teórico, construyendo una escala breve con cuatro estrategias diferentes (las dos primeras enfocadas al compromiso y evitación de los problemas, y las dos siguientes enfocadas al compromiso y evitación de las emociones), presentando adecuadas evidencias psicométricas.

Tous-Pallarés J et al.⁽¹⁸⁾ analizaron la escala de 16 ítems adaptándola al español en hombres y mujeres mediante análisis factorial confirmatorio, exploratorio y análisis de confiabilidad de las dimensiones, señalando que las estrategias enfocadas en las emociones presentaron mayor confiabilidad. Speyer E et al.⁽³¹⁾ adaptaron esta misma escala en pacientes en tratamiento por hemodiálisis, en trece países diferentes, y señalaron que una versión de 14 ítems, manteniendo la estructura teórica de dos ejes (compromiso y evitación, problema y emoción), presentó mejores evidencias de validez y confiabilidad.

Esta investigación tuvo como objetivo analizar las propiedades psicométricas de la escala de afrontamiento al estrés en su versión de 16 ítems en español en mujeres hospitalizadas. Si bien en un primer momento, durante el análisis paralelo de componentes principales, se indicó la posibilidad de estructurar la escala en cuatro dimensiones⁽¹⁸⁾, como el modelo original⁽¹⁹⁾, luego de realizar la comparación con los modelos propuestos (manteniendo el modelo teórico principalmente de dos ejes), los resultados señalaron que el modelo de seis ítems con dos dimensiones (compromiso y evitación de las emociones), con tres ítems cada una, fue el que presentó indicadores óptimos de confiabilidad y validez. Esto difiere de los resultados de Addison CC et al.⁽¹⁷⁾ y Speyer E et al.⁽³¹⁾, quienes, si bien redujeron la escala a quince y catorce ítems respectivamente, mantuvieron estables las estrategias y dimensiones de la escala. Esta diferencia puede deberse a que en los estudios anteriores, los

pacientes no se encontraban hospitalizados, por lo que tenían la posibilidad de actuar, elegir sus actividades y organizar sus tiempos para su tratamiento médico. no obstante, en este estudio, la estructura de la escala se reduce posiblemente porque todas las pacientes se encontraron hospitalizadas, por lo que su accionar estuvo limitado a seguir la propuesta de intervención, teniendo solo la posibilidad de enfocarse en sus emociones. Estos resultados se distinguen de los hallazgos de los autores antecedentes en cuanto a la cantidad de dimensiones e ítems, sin embargo, como refieren Tous-Pallarés J et al.⁽¹⁸⁾, las estrategias enfocadas al compromiso y a la evitación, al ser tomadas como dimensiones globales, pueden ser consideradas de forma independiente como estrategias de afrontamiento.

El modelo de seis ítems presentó una invarianza débil en la comparación entre pacientes con preeclampsia e hipertensión, en contraste con quienes no lo presentaron. Si bien no existen antecedentes psicométricos de este tipo en la literatura, cualitativamente es comprensible, como refiere la Organización Mundial de la Salud (OMS), que las gestantes con diagnóstico de preeclampsia e hipertensión, en embarazos de alta complejidad, experimenten un impacto en la salud física⁽³²⁾ y emocional⁽³³⁾ distinto al de pacientes sin dicha condición⁽³⁾. Si bien en el Instituto Nacional Materno Perinatal se atienden diversos casos complejos provenientes de diferentes regiones del Perú, no todos presentan el mismo nivel de gravedad ni afectación en la salud gestacional⁽⁴⁾, por lo que el nivel de estrés será percibido acorde con los factores de riesgo de cada embarazo⁽³⁴⁾.

Las estrategias de afrontamiento enfocadas al compromiso y evitación de la emoción mostraron indicadores de confiabilidad, con puntajes adecuados en sus valores, concordando con lo encontrado en otras versiones de la escala que mantuvieron los ejes teóricos del modelo original^(17,18,20).

Al igual que en todos los estudios anteriores la forma de determinar qué estrategia de afrontamiento prevalece en las pacientes se dará de acuerdo con el puntaje bruto mayor obtenido de la suma de todos los ítems de cada subescala (tres ítems de la escala de afrontamiento enfocada al compromiso con la emoción y tres ítems enfocados a la evitación de la emoción), tal como se plantea en el modelo original⁽¹⁵⁾.

Entre las limitaciones referidas en el estudio se encuentra el tipo de muestreo, ya que el tipo de muestreo utilizado fue intencional. debido a ello, los resultados no pueden ser generalizados. Otra limitación fue la cantidad de participantes respecto al rango de edad, ya que solo se incluyó a pacientes adultas hospitalizadas. Los autores entendemos que

replicar este estudio, tanto en la versión de seis ítems como en la de 16 ítems, en otras muestras de pacientes durante la maternidad, con diferentes rangos de edad, condiciones de salud, antecedentes ginecológicos, pérdidas gestacionales, entre otros factores, podrá generar mayor evidencia psicométrica para su uso en el contexto hospitalario, y sumará evidencias de validez al relacionar la escala con otros instrumentos que midan estrategias de afrontamiento al estrés.

CONCLUSIÓN

La escala de Estrategias de Afrontamiento al Estrés Enfocado a las Emociones, en su versión breve de seis ítems, es un instrumento psicométrico con evidencias de validez y confiabilidad. Presenta adecuados indicadores de ajuste para su modelo de dos dimensiones, así como una invarianza débil según la condición de salud de la paciente. Asimismo, la estrategia de afrontamiento al estrés enfocada a la evitación de la emoción presentó una relación directa y significativa con la ansiedad, mientras que la estrategia de afrontamiento enfocada al compromiso con la emoción mostró una relación inversa y significativa. Por tanto, esta escala breve puede ser utilizada para la medición de estrategias de afrontamiento en pacientes hospitalizadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional Materno Perinatal. Anuario estadístico 2022 [Internet]. Lima, Perú: Instituto Nacional Materno Perinatal. 2022 [citado el 28 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inmp/informes-publicaciones/6401810-memoria-anual-del-inmp-2022>
2. Organización Mundial de la Salud. Las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado [Internet]. Ginebra: OMS. 2016 [citado el 28 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
3. Raina J, El-Messidi A, Badeghiesh A, Tulandi T, Nguyen TV, Suarathana E. Pregnancy hypertension and its association with maternal anxiety and mood disorders: A population-based study of 9 million pregnancies. *J Affect Disord*. 2021;281:533–8. doi:10.1016/j.jad.2020.11.067
4. Wallace K, Bean C, Bowles T, Spencer SK, Randle W, Kyle PB, et al. Hypertension, anxiety, and blood-brain barrier permeability are increased in postpartum severe preeclampsia/hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count syndrome rats. *Hypertension*. 2018;72(4):946–54. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.118.11409
5. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company. 1984.
6. Folkman S. Stress: appraisal and coping. In: Gellman MD, Turner JR, editors. *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. New York: Springer. 2013. p. 1913–5.
7. Roberts L, Henry A, Harvey SB, Homer CSE, Davis GK. Depression, anxiety and posttraumatic stress disorder six months following preeclampsia and normotensive pregnancy: a P4 study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):108. doi:10.1186/s12884-022-04457-2
8. Cetin O, Guzel Ozdemir P, Kurdoglu Z, Sahin HG. Investigation of maternal psychopathological symptoms, dream anxiety and insomnia in preeclampsia. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2017;30(20):2510–5. doi:10.1080/14767058.2016.1242120
9. Spătaru B, Podină IR, Tulbure BT, Maricuțoiu LP. A longitudinal examination of appraisal, coping, stress, and mental health in students: A cross-lagged panel network analysis. *Stress Health*. 2024;40(5):e3450. doi:10.1002/smi.3450
10. Jalal SM, Alsebeiy SH, Alshealah NMJ. Stress, anxiety, and depression during pregnancy: A survey among antenatal women attending primary health centers. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(22):e1234. doi:10.3390/healthcare12221234
11. Remor E. Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *Span J Psychol*. 2006;9(1):86–93. doi:10.1017/S1138741600006004
12. Moya E, Larson LM, Stewart RC, Fisher J, Mwangi MN, Phiri KS. Reliability and validity of depression anxiety stress scale (DASS)-21 in screening for common mental disorders among postpartum women in Malawi. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):352. doi:10.1186/s12888-022-03927-0
13. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav*. 1980;21(3):219–39. doi:10.2307/2136617
14. Sandín B, Chorot P. Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Rev Psicopatol Psicol Clin*. 2003;8(1):39–53. doi:10.5944/rppc.vol.8.num.1.2003.3955
15. Tobin DL, Holroyd KA, Reynolds RV, Wigal JK. The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognit Ther Res*. 1989;13(4):343–61. doi:10.1007/BF01173478
16. García FJ, Franco LR, Martínez JG. Spanish version of the Coping Strategies Inventory. *Actas Esp Psiquiatr*. 2007;35(1):29–39.
17. Addison CC, Campbell-Jenkins BW, Sarpong DF, Kibler J, Singh M, Dubbert P, et al. Correction: Addison, CC, et al. Psychometric evaluation of a Coping Strategies Inventory Short-Form (CSI-SF) in the Jackson Heart Study Cohort. *Int J Environ Res Public Health*. 2009;6(3):941–2. doi:10.3390/ijerph6030941
18. Tous-Pallarés J, Espinoza-Díaz IM, Lucas-Mangas S, Valdivieso-León L, Gómez-Romero

- MR. CSI-SF: Psychometric properties of Spanish version of the Coping Strategies Inventory - Short Form. *An Psicol.* 2022.38(1):85–92. doi:10.6018/analesps.434091
19. Soper DS. Calculadora de tamaño de muestra a priori para modelos de ecuaciones estructurales [Internet]. 2024 [citado el 28 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://www.danielsoper.com/statcalc/calculator.aspx?id=89>
 20. Cano-García F, Rodríguez-Franco L, García-Martínez J. Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Esp Psiquiatr.* 2007.35(1):29–39.
 21. García-Campayo J, Zamorano E, Ruiz MA, Pardo A, Pérez-Páramo M, López-Gómez V, et al. Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health Qual Life Outcomes.* 2010.8:8. doi:10.1186/1477-7525-8-8
 22. Franco-Jiménez RA, Núñez-Magallanes A. Propiedades psicométricas del GAD-7, GAD-2 y GAD-Mini en universitarios peruanos. *Propósitos Represent.* 2022.10(1):e1234. doi:10.20511/pyr2022.v10n1.1234
 23. Timmerman ME, Lorenzo-Seva U. Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychol Methods.* 2011.16(2):209–20. doi:10.1037/a0023353
 24. DeVellis RF, Thorpe CT. Scale development: Theory and applications. 4th ed. Thousand Oaks: Sage Publications. 2021.
 25. Ruiz MA, Pardo A, San Martín R. Modelos de ecuaciones estructurales. *Papeles Psicólogo.* 2010.31(1):34–45.
 26. Lloret-Segura S, Ferreres-Traver A, Hernández-Baeza A, Tomás-Marco I. El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *An Psicol.* 2014.30(3):1151–69. doi:10.6018/analesps.30.3.199361
 27. McDonald RP. Test theory: A unified treatment. Mahwah: Psychology Press. 2013.
 28. Widaman KF, Reise SP. Exploring the measurement invariance of psychological instruments: Applications in the substance use domain. In: Bryant KJ, Windle M, West SG, editors. *The science of prevention: Methodological advances from alcohol and substance abuse research.* Washington, DC: American Psychological Association. 1997. p. 281–324.
 29. Cohen J. A power primer. *Psychol Bull.* 1992.112(1):155–9. doi:10.1037/0033-2909.112.1.155
 30. van Delden JJ, van der Graaf R. Revised CIOMS international ethical guidelines for health-related research involving humans. *JAMA.* 2017.317(2):135–6. doi:10.1001/jama.2016.18977
 31. Speyer E, Morgenstern H, Hayashino Y, Kerr PG, Rayner H, Robinson BM, et al. Reliability and validity of the Coping Strategy Inventory-Short Form applied to hemodialysis patients in 13 countries: Results from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *J Psychosom Res.* 2016.91:12–9. doi:10.1016/j.jpsychores.2016.10.005
 32. Abera M, Hanlon C, Fedlu H, Fewtrell M, Tesfaye M, Wells JCK. Stress and resilience during pregnancy: A comparative study between pregnant and non-pregnant women in Ethiopia. *PLOS Glob Public Health.* 2023.3(5):e0001416. doi:10.1371/journal.pgph.0001416
 33. Alves AC, Souza RT, Mayrink J, Galvão RB, Costa ML, Feitosa FE, et al. Measuring resilience and stress during pregnancy and its relation to vulnerability and pregnancy outcomes in a nulliparous cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2023.23(1):396. doi:10.1186/s12884-023-05678-9
 34. Pascal R, Casas I, Genero M, Nakaki A, Youssef L, Larroya M, et al. Maternal stress, anxiety, well-being, and sleep quality in pregnant women throughout gestation. *J Clin Med [Internet].* 2023.12(23):7333 [citado el 28 de marzo del 2025]. doi:10.3390/jcm12237333

CORRESPONDENCIA

Daniel Sergio Silva Domínguez
 Dirección: Pasaje Bayovar 124, Urbanización Astete
 Maranga San Miguel
 Teléfono: (+51) 940956415
 Correo electrónico: dsilvadominguez.89@gmail.com