

Validación al español de un inventario de estresores y situaciones positivas cotidianas, en una población de mujeres embarazadas

Spanish validation of an inventory of daily hassles and uplift scale in a population of pregnant women

Gustavo Izbizky¹, Mario Sebastiani²

<https://doi.org/10.53680/vertex.v37i172.1013>

Resumen

Introducción: El estrés materno se asocia con resultados perinatales adversos. Las investigaciones se centran fundamentalmente en la medición de estímulos. La interacción entre las demandas del entorno y la capacidad para hacer frente a estas demandas fue menos explorada. El inventario de estresores y situaciones positivas cotidianas en personas embarazadas (CDHUS) es una herramienta atractiva, ya que permite el análisis de un amplio espectro de factores que pueden ser tanto estresantes como positivos. Dado que la mayoría de las escalas se han desarrollado en lengua inglesa, el objetivo de este estudio fue llevar a cabo una validación y adaptación transcultural de la CDHUS en el embarazo. **Material y métodos:** Se adoptó el procedimiento de traducción repetida hacia adelante y hacia atrás. Se realizó un estudio de corte transversal para evaluar las características psicométricas del instrumento en gestantes con embarazo único de 19 a 45 años. Se evaluó la validez convergente frente a los instrumentos de ansiedad, estrés y calidad de vida. **Resultados:** Se dispone de 257 cuestionarios para el análisis. El índice de validez de contenido fue de 0.61. Hubo una correlación moderada entre el CDHUS y las otras escalas. El coeficiente alfa de Cronbach para la escala de problemas fue de 0.89. Un análisis de componentes principales mostró seis factores diferenciados. **Conclusión:** Este trabajo arrojó una versión española del CDHUS, la cual mostró buena confiabilidad y validez de constructo. El instrumento puede ser utilizado en futuras investigaciones dentro del campo del estrés psicosocial y los resultados gestacionales adversos.

Palabras claves: estrés materno, problemas del embarazo, medición de estrés, validación transcultural

Abstract

Introduction: Maternal psychosocial stress has been associated with adverse perinatal outcomes. Much research is focused on stimuli measurement, other approaches include consideration of the interaction between environmental demands and the power of the individual to deal with these demands, less attention has been paid to constructive thinking.

The Combined Daily Hassles and Uplifts Scale (CDHUS) is a particularly attractive tool for use in research, because it allows the analysis of a wide spectrum of factors that can be both stressful and comforting. As most scales have been developed in English-speaking, the aim of this study was to carry out a cross-cultural validation and adaptation of the CDHUS during each trimester of pregnancy. **Participants, ethics and methods:** To produce a target language version that is conceptually equivalent to the source instrument the repeated forward-backward translation procedure was adopted. A cross sectional study was performed to evaluate the psychometric features of the instrument in pregnant

RECIBIDO 12/2/2024 - ACEPTADO 21/4/2025

¹Médico, Magister en Efectividad Clínica, Servicio de Obstetricia, Hospital Italiano de Buenos Aires. Departamento de Clínica Tocoginecológica, Universidad del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-8511-5733>

²Doctor en Medicina, Servicio de Obstetricia, Hospital Italiano de Buenos Aires. <https://orcid.org/0000-0001-6222-1392>

Autor correspondiente:

Gustavo Izbizky

gustavo.izbizky@hospitalitaliano.org.ar

Lugar de realización del estudio: Servicio de Obstetricia, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.



women with singleton pregnancy aged 19-45 years. STAI, PSS, and EQ-5d were used to assess convergent validity. Results: 257 questionnaires were available for analysis. General content validity index (CVI) was 0.61. There was a moderate correlation between the CDHUS and the other scales. Cronbach's alpha coefficient for the scale of problems was 0.89. A principal component analysis showed six differentiated factors. Conclusion: This work yielded a Spanish version of the CDHUS, which showed good reliability and construct validity. The instrument can be used in future research within the field of psychosocial stress and adverse gestational outcomes.

Keywords: maternal stress, pregnancy complications, stress measurement, cross cultural validation

Introducción

La salud mental materna es una preocupación permanente en la práctica obstétrica cotidiana, como lo reflejan las distintas guías de práctica clínica (NICE, 2014; ACOG, 2018; Shea, 2024).

El estrés, la ansiedad y la depresión prenatal suelen presentarse juntas, y a menudo, se acompañan de depresión y/o ansiedad posnatal. La importancia de estudiar el estrés durante el embarazo radica en la asociación descrita entre el estrés materno, los resultados perinatales adversos y los eventos tempranos de la vida y el riesgo posterior de enfermedad (Gluckman, 2008; Hanson, 2014; Lobel, 1992; Traylor, 2020).

Los mecanismos que subyacen a la asociación entre factores de riesgo psicosociales y los resultados adversos del embarazo siguen siendo desconocidos (Lobel, 1992; Staneva, 2015; Traylor, 2020), sin embargo, la hormona liberadora de corticotrofina desempeña un papel clave en la coordinación de la respuesta endocrina, inflamatoria, inmunitaria y vascular de las mujeres embarazadas a los factores estresantes (Wadhwa, 2001a; Wadhwa, 2001b). Por otra parte, los glucocorticoides, que son hormonas fundamentales en la respuesta al estrés, han sido implicados en los mecanismos de programación al riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles del adulto durante el desarrollo embrionario (Hanson, 2014).

Existe un cúmulo significativo de investigación sobre el estrés, sin embargo, la definición y la conceptualización de este fenómeno, ha sido inconsistente no existiendo un patrón oro para su medición. Pueden hallarse una serie de modelos que intentan explicar el estrés, los cuales se pueden agrupar en una de las siguientes categorías generales: 1) aquellos que se enfocan en los estresores externos; 2) los que se centran en las respuestas al estrés; y 3) aquellos que enfatizan la interacción entre las evaluaciones individuales de la demanda impuesta y su capacidad de respuesta. En consecuencia, el enfoque varía según el énfasis puesto

en algunas de las características centrales que describen el fenómeno del estrés: el estímulo, la respuesta o la interacción estímulo-respuesta (Cohen, 1997).

El estrés es un constructo multidimensional que comprende la exposición a eventos, las percepciones del estrés y las respuestas fisiológicas al mismo, aunque se carece de patrón oro para medirlo. Existen numerosos y disímiles modelos que intentan explicar el estrés psicosocial, objetivo que no es parte de este trabajo, desde alguno de los siguientes enfoques de forma específicas o en forma multidimensional: los estresores; la apreciación individual de los estímulos; las respuestas al estrés; las capacidades individuales para el afrontamiento, la interacción entre las evaluaciones individuales de la demanda impuesta y su capacidad de respuesta; etc. (Huizink, 2004; DiPietro, 2008). Se puede consultar una descripción detallada de los instrumentos generales de medición de estrés en el texto de Cohen et al. (Cohen, 1997) o revisiones más recientes (Carpenter, 2016; Dorsey, 2022).

Durante mucho tiempo, gran parte de la investigación se centró en la medición de estímulos (Holmes, 1967); sin embargo, resultan más atractivos otros enfoques que incluyen la consideración de la interacción entre las demandas del entorno y el poder del individuo para hacer frente a estas demandas sin exceder los recursos disponibles (Lazarus, 1993). Entre los eventos estresantes, se caracterizó la búsqueda de los acontecimientos dramáticos medidos por las escalas mencionadas; sin embargo, los eventos cotidianos no dramáticos (mucho más frecuentes) podrían ser incluso más relevantes para la adaptación y la salud (DeLongis, 1988).

En contrapartida a los factores estresantes, el pensamiento constructivo es importante debido a la evidencia que muestra que predice el ajuste psicológico y el comportamiento durante el embarazo (Park, 1997; Lobel, 2002).

Sin embargo, al carecer de instrumento de pesquisa prácticos para la consulta ambulatoria habitual, validados y consistentes, más allá de los que buscan

depresión, el estrés, los estados de ánimo, y la ansiedad, perinatales, suelen pasar desapercibidos para los profesionales sanitarios.

El inventario de estresores y situaciones positivas cotidianas en personas embarazadas (Combined Daily Hassles and Uplifts Scale, CDHUS por sus siglas en inglés), es una herramienta particularmente atractiva para su uso en investigación, ya que permite el análisis de un amplio espectro de factores que pueden ser tanto estresantes como reconfortantes (Lazarus, 1989).

Una laguna importante en la investigación con escalas es que la mayoría se han desarrollado en países de habla inglesa y hay relativamente pocas mediciones que se hayan construido adecuadamente o traducido y evaluado adecuadamente en entornos culturales de habla no inglesa.

Por esta razón, el objetivo principal de este estudio fue llevar a cabo una validación y adaptación transcultural del Inventario Combinado de Estresores y Situaciones Positivas durante cada trimestre del embarazo.

Material y métodos

Traducción

Se adoptó el procedimiento de traducción-retrotraducción para producir una versión en español que sea conceptualmente equivalente al instrumento de origen (Guillemin, 1993), que es el más utilizado en el proceso de adaptación transcultural de un instrumento.

El procedimiento se dividió en cuatro fases. La fase 1 consistió en crear dos versiones de la escala original traducidas al español y unificarlas. Con este fin, se realizaron dos traducciones independientes al español argentino realizadas por traductores profesionales. Se enfatizó la equivalencia semántica y no literal, tratando de dar sentido a los artículos sin cambiar el significado o la intención de la versión original. Se discutieron los errores y las interpretaciones divergentes para obtener una versión consensuada.

La fase 2 consistió en producir una versión retrotraducida. Para ello, el instrumento de consenso fue sometido a traducción inversa por un traductor cuya lengua materna fuera el inglés y con amplia experiencia y conocimiento de la lengua española en su versión local para adaptar el instrumento al contexto cultural, con el fin de evaluar la equivalencia semántica. Este traductor no tenía información sobre los objetivos del proyecto y las características del material original para eliminar el sesgo.

La fase 3 consistió en verificar la equivalencia entre la escala original y la versión retrotraducida. La fase 4 consistió en continuar con la traducción directa e

inversa hasta alcanzar una equivalencia satisfactoria. Los documentos de origen se compararon con las diferentes versiones de la traducción y la traducción inversa para obtener la versión piloto.

La escala por validar, sobre la que se realizó el procedimiento descrito, fue el inventario de estresores y situaciones positivas cotidianas, que consta de 53 elementos redactados para que la persona encuestada pueda indicar si un artículo determinado es un estresor, una situación reconfortante o ambas. La herramienta permite medir la frecuencia y la gravedad de cada uno de los artículos. Este instrumento es una forma abreviada de la Escala de Molestias Diarias, desarrollada por Lazarus y Folkman (1989) que en su forma original consta de 117 artículos. Cada elemento se califica de acuerdo con una escala de Likert de cuatro puntos que requiere una puntuación de 0 = Ninguno o No ocurrió con frecuencia a 3 = Con mucha frecuencia. El instrumento tiene 3 puntajes generales (global, estresores y situaciones reconfortantes) que se usaron para el análisis, que son las mismas que en el idioma original y que constan de: 1) la frecuencia, que es el recuento del número de ítems marcados (puede variar de 0 a 53); 2) el índice de gravedad, que es la suma de las puntuaciones de hasta 3 puntos, que puede variar entre 0 y 159 (3 x 53); y 3) la intensidad, que es el índice de gravedad dividido por la frecuencia, que oscila entre 0 y 3. La puntuación de este último es un índice de la intensidad (fuerza de la experiencia).

Prueba piloto

Esta última se administró a diez mujeres embarazadas para evaluar la validez aparente, la equivalencia conceptual, la interpretabilidad, aceptabilidad, la comprensión y la factibilidad de la administración. Después de identificar las dificultades, sus causas y proponer las soluciones, se elaboró la versión final utilizada en este estudio.

Métodos

Diseño

Para evaluar las características psicométricas del instrumento, se realizó un estudio de corte transversal.

Población

Los instrumentos del estudio (ver más adelante) se aplicaron en forma autoadministrada a una muestra de conveniencia de mujeres embarazadas, con un embarazo simple, de 19 a 45 años de edad, sin condiciones crónicas, que asistían al control prenatal. Se elaboró un cuestionario demográfico y obstétrico para

recopilar información sobre la edad de la participante, la edad gestacional, el estilo de vida, la situación económica, laboral, educativa y los antecedentes obstétricos de la participante. Se realizó un muestreo por conveniencia de mujeres no embarazadas de 19 a 45 años por cuotas de acuerdo con la distribución etaria de las gestantes para contar con datos de referencia de nuestra población.

Análisis estadístico

Se estimó un tamaño de muestra de al menos 250 mujeres embarazadas distribuidas a lo largo de los tres trimestres (cada mujer fue encuestada una sola vez) y 100 mujeres no embarazadas que acudieron a controles ginecológicos, para tener datos de control para una población de mujeres no embarazadas, de acuerdo con la sugerencia de incluir al menos cinco sujetos por artículo, con un mínimo de 100 sujetos, independientemente del número de artículos (Garsuch, 1983).

Se utilizaron como estadísticos descriptivos la media, la desviación estándar, el rango y las frecuencias. Las diferencias entre las variables continuas se probaron para determinar su significación mediante una prueba *t* no pareada si se distribuyen normalmente, y la prueba de suma de rangos de Wilcoxon en caso contrario. Para las variables categóricas se utilizó la prueba de chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher (ver Figura 1).

Validez, confiabilidad y exactitud

Dado que no existe un patrón oro se desarrollaron varias hipótesis aplicando en forma convergente otros instrumentos que pudieran evaluar dominios similares. Los instrumentos utilizados para este fin fueron: el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger. Comprende 2 escalas autoadministradas

para medir 2 conceptos distintos de ansiedad, estado de ansiedad y rasgo de ansiedad. El estado de ansiedad se conceptualizó como un estado emocional transitorio, mientras que el rasgo se refiere a diferencias individuales relativamente estables en su propensión a la ansiedad.

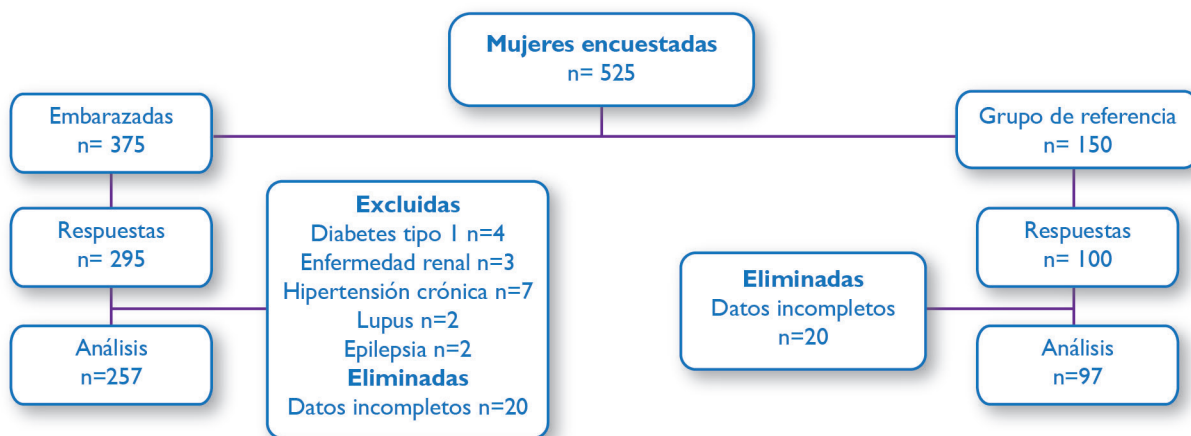
Para obtener las puntuaciones de cada una (S-ansiedad y T-ansiedad) se realiza la suma de las puntuaciones ponderadas para los veinte artículos que componen cada escala. El puntaje global se obtiene de la suma de todos los elementos (Spielberger, 1983).

También se utilizó la Escala de Estrés Percibido (PSS, por sus siglas en inglés) (Cohen, 1983), una escala de 14 artículos que evalúa el estrés percibido o las respuestas al estrés durante el mes anterior. Cada artículo se presenta con un formato tipo escala de Likert de 5 puntos, que requiere que el individuo dé un puntaje para los artículos considerados positivos o estresantes. La puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido.

Finalmente, se administró el EQ-5D (Augustovski, 2009), un instrumento genérico de medición del estado de salud, multilingüe y multicultural. Está compuesto por dos partes: el sistema descriptivo y una escala analógica visual. El primero consiste en una descripción de los estados de salud posibles, en cinco dimensiones (movilidad, autocuidado, actividades cotidianas, dolor-disconfort, y ansiedad-depresión). La segunda parte del EQ-5D consiste en una escala visual analógica (EVA), en forma de termómetro, cuyos extremos aparecen etiquetados como “peor estado de salud imaginable” y “mejor estado de salud imaginable”, con puntuación de 0 a 100.

Se elaboraron distintas hipótesis como que aque-

Figura 1.



llas mujeres con los peores resultados en la escala de dificultades tuvieran peores resultados tanto en la escala STAI como en la PSS y valores más bajos en la Escala Visual Analógica del EQ-5D.

Para evaluar la validez de contenido, se pidió a 10 especialistas en obstetricia y 6 obstétricas con más de 10 años de experiencia, que evaluaran el contenido perinatal. Los revisores clasificaron cada uno de los 53 artículos como relevantes o no relevantes para las mujeres embarazadas, se calculó el índice de validez de contenido según el método descrito por Lynn para el CDHUS (Lynn, 1985).

Para la consistencia interna del instrumento CDHUS se calculó el coeficiente de profecía de Cronbach y Spearman-Brown por correlación ítem-total (Streiner, 2015).

Para analizar la posible estructura de los datos sin imponer ningún modelo previo, se realizó un análisis factorial exploratorio con el objeto de identificar las principales dimensiones en función de una encuesta.

El instrumento está licenciado por MindGarden (MindGarden, Inc. Menlo Park, CA 94025 USA), se solicitó la autorización y licencia para la realización de este trabajo académico.

Para la carga de los datos se utilizó MS Excel (Mi-

crosoft Corporation, One Microsoft Way, Redmond, WA, USA) y para el análisis de los datos el Stata 12.0 (Stata Corporation, 4905 Lakeway Drive, Collage Station, TX, 77845, USA).

El Comité de Ética de Protocolos de Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires revisó y aprobó esta investigación (número 1328). Todas las personas participantes dieron su consentimiento informado oral para ser incluidas en el estudio.

Resultados

Un total de 375 mujeres fueron invitadas a participar, luego de las exclusiones quedaron para análisis: 257 pacientes embarazadas y 97 mujeres en el grupo de referencia (*ver Figura 1*).

Las características demográficas basales de las mujeres encuestadas se pueden ver en la *Tabla 1*.

Hubo pequeñas divergencias en la redacción del cuestionario traducido al español, principalmente debido a las características de las oraciones, breves y transitivas en inglés en 14 ítems, resueltas por consenso.

En la *Tabla 2* se muestran las puntuaciones del cuestionario de las gestantes por trimestre, no encontrándose diferencias entre los mismos.

Tabla 1. Características demográficas de las participantes del estudio

	Embarazadas n=257		Grupo de referencia n=97		
					p
Edad (años) (media, desvío estándar)	32.6	5.7	31.3	7.4	0.06
Educación (años) (media, desvío estándar)	16	3	14	2	<0.010
Problemas para quedar embarazada					
Sí	29	11.3	10	10.3	0.790
No	228	88.7	87	89.7	
Historia de embarazos					
0	119	46.4	46	47.7	0.851
1	71	27.6	31	32.0	0.422
2	46	17.8	12	12.6	0.210
>2	21	8.2	8	7.7	0.978
Historia de partos					
0	144	56	51	52.8	0.319
1	75	29.2	32	33.3	0.487
2	29	11.3	10	10.2	0.794
>2	9	3.5	4	3.7	0.781
¿Historia de enfermedades severas?					
Sí	20	7.7	8	8.3	0.885
No	237	92.3	89	91.7	

Tabla 1. Características demográficas de las participantes del estudio (Continúa de la página 19)

¿Historia familiar de enfermedades severas?					
Sí	125	48.6	49	50.6	0.753
No	132	51.4	48	49.4	
¿Ha cuidado personas con enfermedades severas?					
Sí	24	9.3	14	14.6	0.167
No	233	90.7	83	85.4	
Tabaquismo					
No	129	50.2	71	72.9	0.040
Ex fumadora	112	43.6	16	16.7	0.010
Fumadora activa	16	6.2	10	10.4	0.264
Actividad					
Empleada	215	83.6	76	78.4	0.244
Estudiante	4	1.5	4	4.1	0.147
Ama de casa	26	10.1	10	10.4	0.957
Buscando trabajo	5	2.0	3	3.0	0.517
Otros	7	2.8	4	4.1	0.498

En la *Tabla 3* se muestra la comparación de los puntajes de los instrumentos entre las embarazadas y el grupo de referencia, encontrándose diferencias significativas en todos los puntajes menos uno (la escala analógica visual del EQ-5D), resaltando la importancia de que las embarazadas constituyen un grupo particular (ver *Tabla 3*).

El panel de expertos indicó como poco importantes para eventos específicos del embarazo a 34/53 artículos (64 %). El índice de validez de contenido general (IVC) fue de 0.61, mientras que el IVC para eventos perinatales fue de 0.53, lo que para un panel de 16 observadores es aceptable (valor mínimo 0.49) para un instrumento (Schipper, 1975).

La validez de constructo del CDHUS se analizó mediante su correlación con el STAI, PSS y EQ-5D. Las mujeres con peores resultados en la escala de dificultades presentaron peores resultados en las escalas de ansiedad del STAI (T-anx y S-anx), por otra parte, la frecuencia de estresores del CDHUS tuvo una correlación moderada con las puntuaciones T-anx y S-anx del STAI ($r = 0.3302$ y $r = 0.4199$ respectivamente) aunque estadísticamente significativa (ambas $p < 0.001$). También se observó una correlación moderada pero estadísticamente significativa entre la frecuencia de estresores del CDHUS y la puntuación PSS ($r = 0.4057$, $p < 0.001$). Por otro lado, el grupo de gestantes mostró puntuaciones significativamente más

Tabla 2. Comparación de los puntajes de los diferentes instrumentos administrados entre los tres trimestres en mujeres embarazadas

	Primer trimestre n= 52		Segundo trimestre n= 83		Tercer trimestre n= 122		p^{∞}
	Media	ds	Media	ds	Media	ds	
CDHUS ^a estresores	36.3	20.6	38.3	19.2	38.0	19.7	0.8
CDHUS ^a reconfortantes	76.1	22.1	73.7	23.9	70.5	21.3	0.5
STAI [*]	73.6	16.1	74.2	16.7	78.4	16.4	1.0
S-anx ⁺	36.3	10.1	36.1	9.3	38.6	10.2	0.6
T-anx [§]	37.3	7.4	38.1	9.1	39.8	8.2	0.2
PSS [#]	20.2	6.6	21.3	7.7	22.0	7.2	0.2
EQ-5D ^p _EAV ^Ω	82.4	13.5	82.4	11.4	80.6	14.7	0.05

ds: desvío estándar; ^a CDHUS: Combined Hassles and Uplift Scales; ^{*}STAI: State-Trait Anxiety Inventory global score; State-Trait Anxiety Inventory; ⁺S-anx: state anxiety scale STAI; [§]T-anx: trait anxiety scale STAI; [#]PSS: Perceived Stress Scale, ^ΩEQ-5D EAV Escala Analógica Visual. [∞] análisis de varianza.

Tabla 3. Comparación de los puntajes de los diferentes instrumentos entre embarazadas y el grupo de referencia

	Embarazadas n= 257		Grupo de referencia n= 97		p
	Media	ds	Media	ds	
Estresores CDUHS ^a	38.0	19.7	47.4	16.6	0.0022
Situaciones positivas CDUHS ^a	72.7	22.4	55.3	23.9	0.0001
STAI [*]	76.1	16.5	64.5	27.9	0.0001
S-anx [*]	37.3	10.0	32.6	14.4	0.0060
T-anx [§]	38.8	8.4	31.9	14.0	0.0001
PSS [#]	22.0	5.5	23.7	8.0	0.0450
EQ-5D_EAV ^Ω	81.6	13.5	80.7	9.8	0.6545

ds: desvío estándar; ^aCDHUS: Combined Hassles and Uplift Scales; ^{*}STAI: State-Trait Anxiety Inventory global score State-Trait Anxiety Inventory; ^{*}S-anx: state anxiety scale STAI; [§]T-anx: trait anxiety scale STAI; [#]PSS: Perceived Stress Scale, ^ΩEQ-5D EAV.

altas en la escala de situaciones reconfortantes (72.7 vs. 55.3, $p < 0.01$) (ver Tabla 4).

Según la hipótesis planteada, hubo una correlación positiva entre la escala de problemas y todas las puntuaciones del STAI (global, S-anx y T-anx) y el PSS. Las mujeres con resultados positivos en el artículo sobre ansiedad-depresión en el EQ-5D tuvieron puntuaciones más altas en la escala de estresores (32.9 ± 17.8 vs. 43.7 ± 20.2 , $p < 0.001$).

Otro hallazgo fue la observación de una correlación inversa moderada pero estadísticamente significativa entre la puntuación global de las situaciones reconfortantes y el puntaje global de las escalas de ansiedad T-anx y S-anx del STAI, así como con la puntuación PSS ($r = -0.3990$; $r = -0.3148$; $r = -0.3429$ respectivamente, $p < 0.001$), y en el EQ-5D ($r = -0.3488$, $p < 0.001$), confirmando la convergencia entre los diferentes instrumentos (ver Tabla 5).

Se analizó la asociación entre las puntuaciones de la escala y las diferentes variables demográficas (edad de la participante, la edad gestacional a la realización del cuestionario, estilo de vida, la situación económica, laboral, educativa y los antecedentes obstétricos de la participante) no encontrándose asociación alguna.

Se analizó la consistencia interna del CDHUS y la equivalencia de las diferentes preguntas a través de la matriz de correlaciones tanto para problemas como para situaciones reconfortantes. Se observó que un número significativo de artículos mostraron un grado de correlación inferior a 0.20, lo que se aceptó como punto de corte. El coeficiente alfa de Cronbach para la escala de problemas fue de 0.89, mientras que el de la escala de situaciones reconfortantes fue de 0.91.

Se realizó un análisis exploratorio de componentes principales para las escalas de molestias y elevaciones,

en el que se extrajo una solución de seis factores y se rotó por el método Varimax. Esta solución mostró la mejor bondad del ajuste (AIC=2280.3 y BIC= 3355.7) comparado con otras soluciones con más o menos factores (ver Tabla 6).

Hubo 4 ítems que no se cargaron en ninguno de los 6 factores de la escala de molestias.

El análisis exploratorio de la escala de situaciones reconfortantes también mostró seis factores diferenciados; sin embargo, las 53 variables no saturan cada factor de manera tan distintiva como la escala de estresores (ver Tabla 7).

Esta solución también mostró la mejor bondad del ajuste (AIC=2349.2 y BIC= 3424.5) comparado con otras soluciones con más o menos factores. Se observan una serie de preguntas que saturan claramente los dominios de la seguridad laboral, familiar y futura, y otros que lo hacen de manera ambigua en dominios que podrían referirse a la salud, el medio ambiente y los quehaceres. A través de estos, se delimitaron seis dominios claros: medio ambiente, trabajo, hogar, economía, salud, familia-interior. Se identificaron 8 elementos que podrían ser suprimidos ya que son redundantes al ser una medida del mismo estresor, la medida de consistencia interna sin esos elementos de 0.89 para la escala de problemas y 0.90 para la escala de situaciones reconfortantes.

Discusión

El propósito de este estudio fue realizar la adaptación transcultural de un instrumento que permite medir estrés y situaciones reconfortantes en forma simultánea (CDHUS) en mujeres embarazadas durante los tres trimestres de la gestación. Los resultados arrojaron una equivalencia transcultural con la versión ori-

Tabla 4. Inventario de estresores y situaciones positivas cotidianas en personas embarazadas (CDHUS): 10 principales estresores y situaciones positivas en embarazadas por frecuencia e intensidad

Estresores				Situaciones positivas			
Artículo	Frecuencia	Intensidad		Artículo	Frecuencia	Intensidad	
		Media	ds			Media	ds
Trabajo hogareño	0.77	1.27	0.99	Tiempo pasado con la familia	0.98	2.59	0.68
Noticias cotidianas	0.74	1.30	1.01	Tiempo pasado con la pareja	0.96	2.60	0.82
Asuntos sociales y políticos	0.71	1.21	1.01	Tiempo sola	0.96	2.30	0.88
Apariencia física	0.70	1.11	0.95	Amigos	0.95	2.40	0.89
Dinero suficiente para las necesidades	0.68	1.25	1.09	Cantidad de tiempo libre	0.93	2.12	0.96
Obligaciones familiares	0.67	1.07	0.98	Comer en casa	0.93	2.24	0.92
Arreglos de la casa	0.67	1.14	1.04	Sexo	0.92	2.13	0.99
Ser organizada	0.62	1.03	1.02	Entretenimiento fuera de casa	0.92	2.16	0.96
Características del trabajo	0.61	1.08	1.06	Padres	0.90	2.06	1.02
Carga laboral	0.61	1.11	1.09	Entretenimiento en casa	0.90	2.16	1.01

ds: desvío estándar; CDHUS: Combined Hassles and Uplift Scales.

Tabla 5. Coeficientes de correlación entre los diferentes instrumentos en mujeres embarazadas

	CDHUS [§] Estresores	CDHUS [§] Positivas	STAI*	S_anx ⁺	T_anx [§]	PSS [#]	EQ-5D_EAV ^Ω
CDHUS [§] Estresores	1						
CDHUS [§] Positivas	-0.0014	1					
STAI*	0.4205	-0.392	1				
S_anx ⁺	0.4199	-0.3148	0.9177	1			
T_anx [§]	0.3302	-0.399	0.8815	0.6214	1		
PSS [#]	0.4057	-0.3429	0.6957	0.5668	0.6982	1	
EQ-5D_EAV ^Ω	-0.3488	0.1931	-0.471	-0.4659	-0.3752	-0.3502	1

[§]CDHUS: Combined Daily Hassles and Uplift Scale; *STAI: global score State-Trait Anxiety Inventory; ⁺S-anx: state anxiety scale STAI; [§]T-anx: trait anxiety scale STAI; [#]PSS: Perceived Stress Scale, ^ΩEQ-5D EAV: EQ-5D Escala Visual Analógica.

Tabla 6. Estructura factorial de la escala de estresores con rotación ortogonal varimax en embarazadas

Factor	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6
Factor 1	0.4907	0.3123	0.4509	0.4132	0.4017	0.3553
Factor 2	0.1687	0.8797	-0.2197	-0.1857	-0.2605	-0.2169
Factor 3	-0.5861	0.2815	0.0187	-0.3497	0.3030	0.6024
Factor 4	0.1577	-0.0515	0.5519	-0.6847	0.2555	-0.3657
Factor 5	0.5997	-0.2156	-0.3863	-0.4503	-0.0950	0.4826
Factor 6	0.0528	0.0143	-0.5424	0.0305	0.7776	-0.3118

Tabla 7. Estructura factorial de la escala de situaciones positivas con rotación ortogonal varimax en embarazadas

Factor	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6
Factor 1	0.5300	0.5557	0.3374	0.4069	0.3291	0.1500
Factor 2	-0.2567	-0.0309	0.8836	-0.2505	0.0058	-0.2995
Factor 3	-0.4067	0.0023	0.2312	0.3572	-0.3581	0.7248
Factor 4	0.4257	-0.5311	0.1568	0.4959	-0.4392	-0.2709
Factor 5	-0.4068	-0.3233	-0.0358	0.5201	0.6611	-0.1456
Factor 6	0.3756	-0.5510	0.1617	-0.3573	0.3655	0.5176

ginal, que se ha logrado a través del método de traducción-retrotraducción (Guillemin, 1993).

Encontramos que la CDHUS es una forma válida para evaluar el estrés y las situaciones reconfortantes en esta población, con buena confiabilidad y validez de construcción, con una estructura de 6 factores. Además, observamos que las puntuaciones de las escalas se mantienen estables a lo largo del embarazo, y que las personas embarazadas muestran puntajes de la escala de estresores menores que la población utilizada como referencia y mayores puntajes en la escala de situaciones positivas.

Existen diferentes enfoques para la evaluación del estrés, tanto desde el punto de vista psicométrico, como a través de la medición de los valores hormonales asociados al estrés, algunos de ellos se han aplicado a la población de mujeres embarazadas (Christian, 2013). La medición del estrés a través de eventos vitales ha dominado la literatura, a pesar de que la evidencia muestra una baja correlación con los resultados de salud ($r = 0.12$) (Rabkin, 1976).

Los estudios que utilizan solo situaciones estresantes o reconfortantes relacionadas con el embarazo, dejando de lado las situaciones de la vida cotidiana, no tienen en cuenta las diferentes formas en que las embarazadas pueden enfrentar los acontecimientos cotidianos, como se demostró en el presente estudio (DiPietro, 2008).

Este enfoque tampoco proporciona ninguna pista sobre cómo los eventos que tienen un significado subjetivo para cada individuo o diferencias individuales en las habilidades y recursos de afrontamiento.

En contraste con el enfoque anterior, Lazarus propuso que los microestresores y las habilidades de afrontamiento juegan un papel adaptativo significativo y que estos eventos del día a día son los que finalmente tienen un significado cercano con los resultados de salud (Cohen, 1997; Park, 1997). En este sentido el presente estudio muestra que los microestresores también afec-

tan a las embarazadas, aunque en menor medida, y que este grupo pone en juego mayor recursos de afrontamiento positivo. Simultáneamente encontramos que las relaciones personales son consideradas por las embarazadas como una importante fuente de soporte, en concordancia con lo descrito en la bibliografía. Un importante volumen de la literatura está dedicado a los problemas de salud mental y sus consecuencias en las mujeres después de los eventos obstétricos (abortos o partos), como lo muestra una reciente revisión sistemática (Bodunde, 2025); sin embargo, las investigaciones sobre ocurrencia de problemas de salud mental durante el embarazo es más heterogénea (Goodman, 2014). En coincidencia con lo reportado encontramos mayores puntajes en las escalas de ansiedad en las embarazadas, por lo que explorar estos atributos de la salud con instrumentos fáciles de administrar durante el embarazo pueden representar una oportunidad de mejora en los resultados gestacionales.

El CDHUS ofrece la oportunidad de identificar eventos de la vida cotidiana clasificados como estresores potencialmente modificables, así como eventos clasificados como reconfortantes que permiten trabajar en aquellos atributos que permiten a las mujeres embarazadas lidiar con el estrés con menor costo psicológico.

A pesar de que el índice de validez de contenido cumplió con el nivel de criterio establecido (0.49), el panel indicó que el CDHUS contenía numerosos artículos que no representaban temas perinatales específicos.

La validez constructiva del CDHUS fue evaluada en estudios previos por su correlación con la escala de ajuste a los eventos vitales desarrollada por Holmes y Rahe (Holmes, 1967).

En el presente estudio la validez de construcción fue analizada utilizando diferentes escalas como comparadores (STAI, PSS y EQ-5D), la correlación moderada indica que los distintos instrumentos expresan diferentes aspectos del fenómeno subyacente “estrés”, o alternativamente puede explicarse por la longitud de la escala utilizada (Campo-Arias, 2008).

En nuestro trabajo, encontramos valores de consistencia interna (la magnitud en la que diferentes ítems de la escala miden el mismo constructo) (Streiner, 2003) para ambas escalas (0.90) similares a los observados por Lazarus y Folkman para la versión completa del instrumento, y superiores a los de la validación francesa (0.76) (Dumont, 1998). Ruiz también encontró una consistencia interna de 0.91, no reportando valores para la escala de situaciones positivas (Ruiz, 1999). Se pueden observar con frecuencia coeficientes elevados por encima de 0.90 cuando se explora la consistencia interna de instrumentos con más de veinte artículos, como se analiza en este estudio (Epstein, 1992).

El análisis factorial CDHUS, utilizando el método de componentes principales con rotación Varimax para maximizar la independencia, generó seis factores: ambiente, trabajo, quehaceres, seguridad (económica) futura, salud, familia, que explican el 38 % de la varianza, un resultado similar a la validación francesa (Dumont, 1998) que encontró una estructura de 6 factores (trabajo, finanzas, preocupaciones socioeconómicas, relaciones íntimas y familiares, salud, y preocupaciones internas) que explicaron el 35 %. Se utilizó una solución de seis factores, que fue diferente a la descrita anteriormente (DeLongis, 1988).

Al identificar 8 elementos que podrían ser suprimidos, realizamos el análisis de la consistencia interna quitando los mismos, confirmando la redundancia. Este estudio confirma que las preocupaciones generales relacionadas a la vida cotidiana (trabajo, finanzas, relaciones íntimas y familiares, salud, y preocupaciones internas) afectan a las mujeres embarazadas. En conjunto con la observación del panel de expertos, los elementos del CDHUS podrían tomarse para la construcción de un nuevo cuestionario que contenga elementos perinatales específicos como la salud del bebé, su crecimiento, presencia de malformaciones, aspectos relacionados al parto (dolor, pudor), lactancia, etc.

De acuerdo con otros reportes de la literatura (Lazarus, 1993; Lobel, 2000; Lobel, 2002) este estudio encontró que las mujeres embarazadas tienen un pensamiento más constructivo (y, por extensión, optimismo). Este pensamiento constructivo se refiere a la capacidad de pensar y resolver problemas cotidianos, con afrontamiento y adaptación a diferentes situaciones con un

coste mínimo en estrés. A diferencia de lo reportado por otros autores, utilizando la versión original de la escala (Lobel, 1992) de estresores diarios y situaciones positivas, no se encontró que los malestares fueran más severos o frecuentes en ningún trimestre.

En el presente estudio no se encontró que el nivel de ingresos, los años de estudio, las experiencias previas con enfermedades y la presencia de una relación estable tuvieran un efecto en los puntajes de estrés en las gestantes, lo que podría explicarse por la relativa homogeneidad de la muestra. Sin embargo, en diferentes contextos, se han observado las consecuencias de la interacción del estrés materno con variables como el estatus socioeconómico, la etnia o el riesgo médico (Daalderop, 2023). Aún más, un estudio reciente mostró resultados prometedores en cuanto a que las intervenciones en la reducción del estrés tienen un efecto positivo en el porcentaje de recién nacidos con peso al nacer por debajo del percentil 10 (Crovetto, 2021).

Las conclusiones de este estudio deben interpretarse a la luz de sus limitaciones. La muestra se limitó a mujeres de un único centro con un nivel educativo mayoritariamente terciario y un nivel socioeconómico medio. La posibilidad de generalizar estos resultados a poblaciones de mujeres en otros contextos culturales requiere evidencia que demuestre la validez externa de estos hallazgos. Por otro lado, las fortalezas de este estudio incluyen la inclusión de un grupo de referencia de la misma población, el control de los factores de riesgo obstétrico, su carácter prospectivo y el uso de herramientas ya validadas para evaluar la validez convergente.

Conclusión

Este trabajo nos ha permitido obtener una versión en español del inventario de estresores y situaciones positivas cotidianas, la cual mostró buena confiabilidad y validez de constructo. Es un instrumento que puede ser utilizado en futuras investigaciones dentro del campo del estrés psicosocial y los resultados gestacionales adversos.

Conflictos de interés: los autores financiaron esta investigación con fondos propios y declaran no poseer conflictos de interés.

Referencias bibliográficas

- Al-Mutawtah, M., Campbell, E., Kubis, H. P., Erjavec, M. (2023). Women's experiences of social support during pregnancy: a qualitative systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*, 23(1):782. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06089-0>
- ACOG Committee Opinion No. 757 (2018). Screening for Perinatal Depression. *Obstet Gynecol*, 132(5):e208-e212. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002927>
- Augustovski, F. A., Irazola, V. E., Velázquez, A. P., Gibbons, L., Craig, B. M. (2009). Argentine valuation of the EQ-5D health states. *Value Health*, 12(4):587-96. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2008.00468.x>
- Bodunde, E. O., Buckley, D., O'Neill, E., Al Khalaf, S., Maher, G. M., O'Connor, K., et al. (2025). Pregnancy and birth complications and long-term maternal mental health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *BJOG*, 132(2):131-142. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17889>
- Campo-Arias, A. y Oviedo, H. C. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Revista de Salud Pública*, 10(5), 831-839. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/96741>
- Carpenter, R. (2016). A Review of Instruments on Cognitive Appraisal of Stress. *Arch Psychiatr Nurs*, 30(2):271-9.
- Christian, L. M., Glaser, R., Porter, K., Iams, J. D. (2013). Stress-induced inflammatory responses in women: effects of race and pregnancy. *Psychosom Med*, 75(7):658-69. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31829bbc89>
- Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*, 24(4):385-96. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Cohen, S., Gordon, L., Kessler, R. (1997). *Measuring Stress: A Guide for Health and Social Scientists*. Oxford University Press.
- Crovetto, F., Crispi, F., Casas, R., Martín-Asuero, A., Borràs, R., Vieta, E., Estruch, R., Gratacós, E.; IMPACT BCN Trial Investigators. (2021). Effects of Mediterranean Diet or Mindfulness-Based Stress Reduction on Prevention of Small-for-Gestational Age Birth Weights in Newborns Born to At-Risk Pregnant Individuals: The IMPACT BCN Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 326(21):2150-2160. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.20178>
- Daalderop, L. A., Lagendijk, J., Steegers, E. A., El Marroun, H., Posthumus, A. G. (2023). Psychological distress during pregnancy and adverse maternal and perinatal health outcomes: The role of socioeconomic status. *Int J Gynaecol Obstet*, 163(3):920-930. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14891>
- DeLongis, A., Folkman, S., Lazarus, R. S. (1988). The impact of daily stress on health and mood: psychological and social resources as mediators. *J Pers Soc Psychol*, 54(3):486-95. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.54.3.486>
- DiPietro, J., Christensen, A., Costigan, K. (2008). The Pregnancy Experience Scale – Brief Version. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 29(4):262-267. <https://doi.org/10.1080/01674820802546220>
- Dorsey, A., Scherer, E., Eckhoff, R., and Furberg, R. (2022). *Measurement of Human Stress: A Multidimensional Approach*. RTI Press Publication No. OP-0073-2206. Research Triangle Park, NC: RTI Press. <https://doi.org/10.3768/rtipress.2022.op.0073.2206>
- Dumont, M., Tarabulsy, G., Gagnon, J., Tessier, R., Provost, M. (1998). Validation française d'un inventaire de micro-stresseurs de la vie quotidienne: combinaison du "Daily Hassles Scale" et du "Uplifts Scale". *International Journal of Psychology*, 33: 57-71. <https://doi.org/10.1080/002075998400619>
- Epstein, S., Katz, L. (1992). Coping ability, stress, productive load, and symptoms. *J Pers Soc Psychol*, 62(5):813-25. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.62.5.813>
- Gluckman, P. D., Hanson, M. A., Cooper, C., Thornburg, K. L. (2008). Effect of in utero and early-life conditions on adult health and disease. *N Engl J Med*, 359(1):61-73. <https://doi.org/10.1056/NEJMra0708473>
- Goodman, J. H., Chenausky, K. L., Freeman, M. P. (2014). Anxiety disorders during pregnancy: a systematic review. *J Clin Psychiatry*, 75(10):e1153-84. <https://doi.org/10.4088/JCP.14r09035>
- Gorsuch, R. L. (1983). *Factor Analysis* (2nd. Ed). Hillsdale, NJ: Erlbaum. <https://doi.org/10.4324/9780203781098>
- Guillemin, F., Bombardier, C., Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*, 46(12):1417-32. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(93\)90142-n](https://doi.org/10.1016/0895-4356(93)90142-n)
- Hanson, M. A., Gluckman, P. D. (2014). Early developmental conditioning of later health and disease: physiology or pathophysiology? *Physiol Rev*, 94(4):1027-76. <https://doi.org/10.1152/physrev.00029.2013>
- Holmes, T. H., Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res*, 11(2):213-8. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- Huizink, A. C., Mulder, E. J., Robles de Medina, P. G., Visser, G. H., Buitelaar, J. K. (2004). Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Hum Dev*, 79(2):81-91. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2004.04.014>
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosom Med*, 55(3):234-47. <https://doi.org/10.1097/00006842-199305000-00002>
- Lazarus, R., Folkman, S. (1989). *Hassles and Uplifts Scales*. Mind Garden, Inc.
- Lobel, M., Dunkel-Schetter, C., Scrimshaw, S. C. (1992). Prenatal maternal stress and prematurity: a prospective study of socioeconomically disadvantaged women. *Health Psychol*, 11(1):32-40. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.11.1.32>
- Lobel, M., DeVincent, C. J., Kaminer, A., Meyer, B. A. (2000). The impact of prenatal maternal stress and optimistic disposition on birth outcomes in medically high-risk women. *Health Psychol*, 19(6):544-53. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.19.6.544>
- Lobel, M., Yali, A. M., Zhu, W., DeVincent, C. J., Meyer, B. A. (2002). Beneficial associations between optimistic disposition and emotional distress in high-risk pregnancy. *Psychol Health*, 17:77-95. <https://doi.org/10.1080/08870440290001548>
- Lynn, M. R. (1985). Reliability estimates: use and misuse. *Nurs Res*, 34(4):254-6. PMID: 3847878.
- NICE clinical guideline 192. (2014). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/resources/antenatal-and-postnatal-mental-health-clinical-management-and-service-guidance-pdf-35109869806789>
- Park, C. L., Moore, P. J., Turner, R. A., Adler, N. E. (1997). The roles of constructive thinking and optimism in psychological and behavioral adjustment during pregnancy. *J Pers Soc Psychol*, 73(3):584-92. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.73.3.584>
- Rabkin, J. G., Struening, E. L. (1976). Live events, stress, and illness. *Science*, 194(4269):1013-20. <https://doi.org/10.1126/science.790570>
- Ruiz, R. J., Fullerton, J. T. (1999). The measurement of stress in pregnancy. *Nurs Health Sci*, 1(1):19-25. <https://doi.org/10.1046/j.1442-2018.1999.00004.x>
- Schipper, L. citado en Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28(4), 563-575. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>
- Shea, A., Jumah, N. A., Forte, M., Cantin, C., Bayrampour, H., Butler, K., et al. (2024). Guideline No. 454: Identification and Treatment of Perinatal Mood and Anxiety Disorders. *J Obstet Gynaecol Can*, 46(10):102696. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2024.102696>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Staneva, A., Bogossian, F., Pritchard, M., Wittkowski, A. (2015). The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. *Women Birth*, 28(3):179-93. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.02.003>

- Streiner, D. L. (2003). Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. *J Pers Assess*, 80(3):217-22. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8003_01
- Streiner, D., Norman, G., Cairney, J. (2015). *Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use*. 5th Ed. Oxford University Press.
- Traylor, C. S., Johnson, J. D., Kimmel, M. C., Manuck, T. A. (2020). Effects of psychological stress on adverse pregnancy outcomes and nonpharmacologic approaches for reduction: an expert review. *Am J Obstet Gynecol MFM*, 2(4):100229. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100229>
- Wadhwa, P. D., Culhane, J. F., Rauh, V., Barve, S. S. (2001). Stress and preterm birth: neuroendocrine, immune/inflammatory, and vascular mechanisms. *Matern Child Health J*, 5(2):119-25. <https://doi.org/10.1023/a:1011353216619>
- Wadhwa, P. D., Culhane, J. F., Rauh, V., Barve, S. S., Hogan, V., Sandman, C. A., Hobel, C. J., Chicz-DeMet, A., Dunkel-Schetter, C., Garite, T. J., Glynn, L. (2001). Stress, infection and preterm birth: a biobehavioural perspective. *Paediatr Perinat Epidemiol*, 15 Suppl 2:17-29. <https://doi.org/10.1046/j.1365-3016.2001.00005.x>