

INTERACCIONES

Journal of family, clinical and health psychology

// ISSN 2411-5940

e-ISSN 2413-4465

www.revistainteracciones.com



ARTÍCULO ORIGINAL

Validation Spanish of the Post-Traumatic Stress Disorder Scale in the Postpartum - City BITS

Validación al castellano de la Escala de Trastorno de Estrés Postraumático en el Postparto – City BITS

Ayelén Acosta¹, Aquiles Pérez Delgado^{1*}, Mercedes Lotufo¹, Angela Zayas¹, Sandro Giovanazzi²

¹ Facultad de Psicología, Universidad Argentina de Empresas, Buenos Aires, Argentina.

² Escuela Sistemica de Chile, Santiago de Chile, Chile.

* Correspondencia: aperezdelgado@uade.edu.ar.

Recibido: 28 de enero de 2023 | Revisado: 26 de julio de 2023 | Aceptado: 08 de septiembre de 2023 | Publicado Online: 20 de septiembre de 2023.

CITARLO COMO:

Acosta, A., Pérez Delgado, A., Lotufo, M., Zayas, A. y Giovanazzi, S. (2023). Validation Spanish of the Post-Traumatic Stress Disorder Scale in the Postpartum - City BITS. *Interacciones*, 9, e316. <https://doi.org/10.24016/2023.v9.316>

ABSTRACT

Background: Postpartum post-traumatic stress disorder (PTSD) has a prevalence of 3-4% in women, rising to 15-19% in the presence of risks during pregnancy or childbirth, and reaching 39% in the case of neonatal death. Perinatal complications can trigger a real or perceived threat to maternal or neonatal life, which can evoke intense emotional reactions equivalent to a traumatic stressor according to PTSD criteria. Four symptom clusters have been identified: re-experiencing, avoidance, negative cognitions and mood, and hyperarousal symptoms. Despite its high comorbidity with depression and anxiety, postpartum PTSD remains underdiagnosed in maternal settings. The Postpartum Post-traumatic Stress Disorder Scale, originally developed in England, is in the process of translation and global validation.

Objective: To validate the Spanish adaptation of the City Birth Trauma Scale. **Methods:** Quantitative, nonexperimental, cross-sectional, descriptive-correlational study in a sample of 677 Argentine women with children under 12 months of age. **Results:** Exploratory factor analysis revealed two dimensions that explained 49.56% of the total variance. Confirmatory factor analysis supported the two-factor structure. The scale showed high internal consistency (total $\alpha = 0.903$), with $\alpha = 0.872$ for 'birth-related symptoms' and $\alpha = 0.886$ for 'general symptoms'. Construct validity of the City BiTS was demonstrated by moderate associations with the DASS-21 subscales and a negative correlation with the BIEPS-A.

Conclusions: The Spanish adaptation of the City Birth Trauma Scale is confirmed as a reliable and valid instrument, consistent with original research findings and subsequent validations, articulating postpartum PTSD in two symptom categories: birth-related and general.

Keywords: Clinical Psychology, Post-Traumatic Stress Disorder, Psychopathology, Postpartum, Peripartum disorders.

RESUMEN

Introducción: El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) posparto tiene una prevalencia del 3-4% en mujeres, incrementando al 15-19% en presencia de riesgos durante la gestación o parto, y alcanzando un 39% en caso de fallecimiento neonatal. Las complicaciones perinatales pueden desencadenar una amenaza real o interpretada sobre la vida materna o neonatal, lo cual puede suscitar intensas respuestas emocionales equivalentes a un estresor traumático según los criterios de TEPT. Se identifican cuatro grupos sintomáticos: reexperimentación, evitación, cogniciones y

estado de ánimo negativos y síntomas de hiperactivación. A pesar de su alta comorbilidad con depresión y ansiedad, el TEPT posparto permanece subdiagnosticado en contextos maternos. La Escala de Trastorno de Estrés Postraumático en el Postparto, originalmente diseñada en inglés en Inglaterra, está en proceso de traducción y validación global. **Objetivo:** Validar la adaptación al castellano de The City Birth Trauma Scale. **Método:** Estudio cuantitativo, no experimental, transversal y descriptivo-correlacional en una muestra de 677 mujeres argentinas con hijos menores de 12 meses. **Resultados:** El análisis factorial exploratorio reveló dos dimensiones que explican el 49.56% de la varianza total. El análisis factorial confirmatorio respaldó esta estructura bifactorial. La escala demostró una alta consistencia interna (α total = 0.903), siendo $\alpha = 0.872$ para "Síntomas relacionados con el parto" y $\alpha = 0.886$ para "Síntomas generales". La validez de constructo de City BiTS se evidenció a través de asociaciones moderadas con las subescalas de DASS-21 y una correlación negativa con BIEPS-A. **Conclusión:** La adaptación al castellano de The City Birth Trauma Scale se confirma como un instrumento confiable y válido, alineado con hallazgos de la investigación original y validaciones subsiguientes, articulando el TEPT posparto en dos categorías sintomáticas: las relacionadas al parto y las generales.

Palabras claves: Psicología Clínica, Trastorno de Estrés Postraumático, Psicopatología, Postparto, Trastornos periparto.

INTRODUCCIÓN

El concepto de estrés postraumático comenzó a ser mencionado después de la II Guerra Mundial, cuando se empezaban a ver síntomas y escuchar los relatos de los soldados o exsoldados, de las experiencias vivenciadas durante la guerra.

El trastorno de estrés postraumático (TEPT), surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación de naturaleza amenazante o catastrófica. El estrés postraumático luego del embarazo y el parto fue descrito por Bydlowski & Raoul-Duval (1978), pero sólo hasta la década de los noventa, éstos fueron reconocidos como eventos causantes de TEPT (American Psychiatric Association, 1994). Ello fue debido a que en el DSM-IV, se incluyó como factor importante para el trastorno a la subjetividad vivida por el individuo durante el evento que lo origina. Es decir, que incluso cuando el evento fuera normal y esperado, podría originar el trastorno teniendo en cuenta la experiencia del individuo.

El DSM-5 (American Psychiatric Association, [APA], 2014), establece cuatro grupos de síntomas que caracterizan el trastorno: volver a experimentar aspectos del evento, evitación persistente de recordatorios del evento, cogniciones negativas y estado de ánimo, e hiperactivación. Aunque la maternidad ya no es intrínsecamente peligrosa para la vida, y las emociones asociadas con ella no tienen una connotación negativa; para algunas mujeres el parto genera una experiencia de amenaza de daño físico severo o muerte para ellas mismas o su recién nacido, cumpliendo así el primer criterio de trastorno de estrés postraumático (p. ej., Boorman et al., 2014; Polachek et al., 2016). Investigadores como Ayers et al. (2016) y Dekel, Stuebe & Dishy (2017), reportan que hasta un tercio de las mujeres califican su parto como psicológicamente traumático, y algunas desarrollan un TEPT (Yildiz, Ayers, & Phillips, 2017). El parto traumático es aquel en el que existe un peligro real o amenaza para la madre o su bebé y provoca un miedo intenso, sensación de indefensión, y horror (Beck, 2004). Sin embargo, la percepción de la madre es vital para definir el peligro o la amenaza, por lo que incluso cuando el parto no tenga complicaciones desde el punto de vista obstétrico, puede vivirse como traumático (Maggiolini, Margola & Filippi, 2006).

El TEPT posparto afecta al 3-4% de las mujeres y aumenta al 15% cuando el parto se realiza bajo condiciones de riesgo. En el caso de partos en donde el bebé fallece, este porcentaje alcanza el 39% (Grekin & O'Hara, 2014). Presenta una alta comorbilidad

con la depresión (Ayers, Bond, Bertullies & Wijma, 2016). Los síntomas de estrés postraumático luego del parto, son sufridos por el 40% de las mujeres, aunque no llegan a cumplirse todos los criterios para considerarse un trastorno (Ayers et al., 2008). Entre las causas del trastorno se pueden mencionar, la existencia de factores de vulnerabilidad en el embarazo, factores de riesgo durante el parto, y factores mantenedores durante el postparto. En este último, el apoyo ocupa un rol fundamental, sea por parte de la pareja, de los profesionales de la salud o del entorno de la mujer (Ayers et al., 2016).

Para identificar el TEPT en el postparto Ayers, Wright & Thornton (2018) construyeron en Londres la Escala de Trastorno de Estrés Postraumático en el Postparto (City BITS). Consta de 20 preguntas que indagan síntomas emocionales, cognitivos y conductuales, antes y después del nacimiento de su hijo(a). En este corto tiempo, la City BITS ha sido traducida y validada en hebreo (Hairston, Handelzalts & Matatyahu, 2018) y en croata (Radoš et al., 2020), con altos puntajes en los indicadores de confiabilidad y validez en ambas investigaciones.

MÉTODO

Diseño

Se realizó una investigación cuantitativa, de tipo no experimental, y de corte transversal descriptivo-correlacional.

Participantes

Se recolectó una muestra de 754 mujeres posparto que durante el primer semestre de 2021 (pandemia Covid-19) participaron en el estudio y completaron uno o todos los cuestionarios. De las cuales 77 no fueron elegibles porque su bebé nació hacia más de 12 meses. La muestra final para los análisis fue de 677 mujeres. Este grupo tenía entre 17 y 48 años (media = 31 años, DE = 5.32), residentes en la República Argentina, que habían tenido un parto dentro de los últimos doce meses (al momento de la realización del cuestionario). Las mujeres fueron contactadas a través de las redes sociales de centros que atienden o trabajan con mujeres embarazadas, difusión de medios de comunicación. Luego que la persona manifestaba su deseo de participar se le enviaba el enlace (digital – internet) para que comience a firmar (aceptar) el consentimiento informado y, seguidamente, a completar: el cuestionario sociodemográfico, la versión traducida y adaptada al español de la Escala de Trastorno de Estrés Postraumático en el Postparto (City BITS), The Impact of

Event Scale - Revisada (IES-R), Escala de depresión, ansiedad y estrés (Depression, Anxiety and Stress Scale DASS-21 de Lovibond & Lovibond, 1995), adaptada al castellano de Antúnez y Vinet (2012); y la Escala de Bienestar Psicológico para adultos (BIEPS-A; Casullo, 2002).

Instrumentos

El cuestionario demográfico: El cuestionario demográfico contenía preguntas sobre la edad, etnia, educación y estado civil de las participantes. Las encuestadas también respondieron preguntas sobre el embarazo como: complicaciones médicas durante el embarazo, embarazo en riesgo y semana de nacimiento, tiempo desde el nacimiento y una pregunta sobre tipo de parto, es decir, vaginal, vaginal asistido, cesárea de emergencia o cesárea electiva.

Escala de Trastorno de Estrés Postraumático en el Postparto (City BITS; Ayers et al., 2018): Se utilizó el cuestionario de autoinforme City BITS versión en español (Caparros-González et al., 2019), que consta de 31 ítems desarrollados en base a los criterios del DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013) para el TEPT. Veintidós de los ítems evalúan la frecuencia de los síntomas durante la última semana, puntuados en una escala tipo Likert que va de 0 ("en absoluto") a 3 ("5 o más veces"). Los dos primeros ítems miden si las complicaciones del parto cumplieron con los criterios de un factor estresante traumático, pero no forman parte del puntaje total del instrumento. Los siguientes 20 ítems cubren cuatro grupos de síntomas del DSM-5: síntomas de re-experimentación (cinco ítems), síntomas de 'evitación' (dos ítems), 'estado de ánimo y cogniciones negativas' (siete ítems) y síntomas de hiperactividad (seis ítems). Estos 20 ítems se dividen en dos subescalas, denominadas síntomas relacionados con el nacimiento, y síntomas generales. La puntuación total de la escala se basa en estos ítems, por lo cual, tiene un rango de valores de 0 a 60. La escala también contiene dos ítems que evalúan: uno el criterio A de acuerdo con el DSM-5 (Asociación Estadounidense de Psiquiatría [APA], 2013), otro ítem el criterio A2 del DSM-IV (Asociación Estadounidense de Psiquiatría [APA], 1994), a saber: creer que puede ocurrir un daño grave o incluso la muerte, y, experimentar emociones negativas intensas, calificadas como sí / no. Tres ítems evaluaron el grado de angustia, discapacidad y posibles causas físicas, puntuados como sí / no / tal vez; y dos ítems que evalúan la aparición (antes / en los primeros 6 meses / 6 meses después del parto) y la duración (menos de 1 mes, 1-3 meses, más de 3 meses) de los síntomas. En el estudio original, el City BITS demostró una alta consistencia interna (α de Cronbach = 0.92) y la versión hebrea α de Cronbach = 0.90 (Handelzalts, Hairston & Matatyahu, 2018). Hasta el momento no se ha encontrado en las investigaciones rango de calificaciones o categorías que definan grado de severidad.

Escala de depresión, ansiedad y estrés (Depression, Anxiety and Stress Scale DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995): El DASS-21 es una escala de auto informe, que mide tres estados emocionales negativos: la depresión, la ansiedad y el estrés. Cada subescala cuenta con 7 ítems, que se puntúan con una escala Likert de cuatro puntos que van desde "no me pasaba" hasta "me pasaba muchísimo". Los puntajes más altos indican un mayor nivel

de emotividad negativa. La subescala de depresión evalúa desesperanza, desinterés con la vida, autodesaprobación, desmotivación, anhedonia y disforia. La subescala de estrés evalúa el nivel de excitación crónico no específico, como la irritabilidad, hiperactividad ante los estímulos, nerviosismo y dificultad para relajarse. Por último, la subescala de ansiedad mide la activación del sistema nervioso autónomo y la experiencia subjetiva del afecto ansiedad. La escala posee una consistencia interna, α de Cronbach de 0.81 para Depresión, 0.73 para Ansiedad y 0.81 para Estrés (Lovibond y Lovibond, 1995). Presenta, además, evidencia de validez factorial convergente (por ej. el Inventario de Depresión de Beck-II e Inventario de Ansiedad de Beck, Antúnez & Vinet, 2012; Román et al., 2014) y divergente (por ej. Una muestra clínica con una no clínica, Bados et al., 2005). Se empleó la adaptación de Facio, Micocci y Resett (2008) a la Argentina con buenas propiedades psicométricas.

Escala de Bienestar Psicológico para adultos (BIEPS-A; Casullo, 2002): Esta escala de autoinforme fue construida por Casullo (2002) en Argentina, para identificar el Bienestar Psicológico. Evalúa la aceptación de sí mismo, los vínculos psicosociales, el control de situaciones y el proyecto de vida. Consta de trece ítems agrupados en cuatro dimensiones: aceptación/control de situaciones, autonomía, vínculos sociales, y proyectos. Los ítems se puntúan según la escala Likert de tres opciones: de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo (3 a 1 punto respectivamente). Se trabaja con una puntuación total y una para cada dimensión. La confiabilidad interna reportada por la autora fue de un alfa de Cronbach de 0.70 para la escala global, mientras que en las dimensiones obtuvo puntajes más bajos que van desde: 0.46 para control/aceptación, 0.49 para vínculos, 0.59 para proyectos, y 0.61 para autonomía. La interpretación de los puntajes se basa en los percentiles: menor a 25 indica un bajo nivel de bienestar psicológico, percentil igual o mayor a 50 pero menor a 75 indica un nivel promedio, y superior a 75 indica alto bienestar (Casullo, 2002).

Procedimiento

Se realizó la divulgación de la investigación por redes sociales (Facebook e Instagram) y medios de comunicación. Se indicó como criterio de inclusión que las mujeres hubieran tenido un bebé en los 12 meses anteriores y tuvieran 18 años o más. Se facilitó el acceso al google forms para completar los instrumentos. Cuando ingresaban, primero debían aceptar el consentimiento informado, si no marcaban esta casilla, no podían seguir participando en la encuesta. Completaron los cuestionarios mujeres desde un mes de haber tenido a su hijo hasta 36 meses. Quedando una muestra válida de 677 mujeres que cumplían el rango del criterio solicitado.

Completaron las tres escalas: Escala de Trastorno de Estrés Postraumático en el Postparto, Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) y la Escala de Bienestar Psicológico para adultos (BIEPS-A). Además, completaron información demográfica, información obstétrica. La información demográfica y obstétrica comprendió datos demográficos básicos (edad, etnia, estado civil) y detalles obstétricos (paridad, tiempo desde el nacimiento, tipo de parto, es decir, vaginal normal, vaginal asistido, cesárea de emergencia o cesárea electiva).

Análisis estadístico

Los análisis estadísticos se realizaron con la SPSS Versión 25 (IBM, 2020). Se utilizaron estadísticos descriptivos, ANOVA para análisis bivariados o multivariados.

La validez de constructo se examinó con indicadores: primero utilizando el análisis factorial exploratorio (AFE) con 300 de las personas de la muestra, a fin de obtener la estructura factorial del City BiTS. Se utilizaron en los cálculos preliminares los 22 ítems de síntomas que conforman las cuatro subescalas: re-experimentar, evitación, cogniciones negativas y estado de ánimo e hiperactividad, más dos ítems que miden si las complicaciones del parto cumplieron con los criterios de un factor estresante traumático. Estos dos ítems fueron descartados (por su carga factorial) para la segunda estimación del AFE. El resto de los ítems no se incluyen porque evalúan los aspectos de: angustia, discapacidad y posibles causas físicas, así como el tiempo de aparición y la duración. Se optó por un AFE debido a la falta de consistencia de dichos constructos. Se empleó el método de extracción máxima verosimilitud mientras que para el método de rotación se utilizó la oblicua. De acuerdo con López-Aguado y Gutiérrez-Provecho (2019), este método proporciona las estimaciones de los parámetros que se han producido con mayor probabilidad de la matriz de correlaciones observada, y permite estimar si la muestra procede de una distribución normal multivariada. Se utilizó una carga factorial mayor a 0.40 como mínimo para seleccionar los ítems que conforman cada factor, y se calculó el alfa de Cronbach para determinar la consistencia interna de los factores generados.

El modelo de ajuste fue estudiado con el análisis factorial confirmatorio (AFC) con el análisis de ecuaciones estructurales (Jöreskog, 1973). Con una muestra de 377 personas se trabajó sobre los 20 ítems que conforman las dos subescalas, denominadas síntomas relacionados con el nacimiento, y síntomas generales. Se aplicó el método de máxima verosimilitud, que ajusta el error estándar de los parámetros y la prueba χ^2 para minimizar el impacto de la no normalidad multivariada de los ítems en caso de ocurrir (Satorra & Bentler, 1994). La significancia práctica del ajuste fue evaluada mediante varios indicadores (Brown, 2006): prueba χ^2 de Pearson (X2), Adjusted Goodness of Fit Index (+ cerca de 1), Goodness of Fit Index (+ cerca de 1), Comparative Fit Index ($cfi \geq .90$), Root Mean Squared Error Approximation ($rmsea \leq .08$) y sus intervalos de confianza (90%), y el McDonald's Fit Index (McDonald, 1989; $mfi > .90$).

El segundo indicador de la validez de constructo fue examinando la relación de los factores City BiTS con otras medidas independientes. Se emplearon dos métodos: Se utilizaron las primeras correlaciones de orden cero para determinar la similitud con otras medidas. Luego, se utilizó un análisis de conglomerados de dos pasos (TSCA) para evaluar los conglomerados, dentro del conjunto de datos, con base en la distribución de los factores del BiTS, los factores del DASS 21 y el BIEPS-A. La TSCA es una herramienta exploratoria, que puede manejar una combinación de variables categóricas y continuas, y está diseñada para revelar clústeres "naturales" dentro de un conjunto de datos que no son una hipótesis a priori. Para el análisis, dejamos que el procedimiento determine automáticamente el

número de conglomerados, utilizando la medida de distancia logarítmica de verosimilitud y el Criterio Bayesiano de Schwarz (BIC) como criterio de conglomerado. Luego se volvió a correr los datos estableciendo el número de factores.

Para examinar la invarianza, se utilizó un procedimiento que considera las restricciones acumulativas a los parámetros de los ítems para examinar varios modos de invarianza (Meredith, 1993; Cheung & Rensvold, 2002): configuracional, métrica, escalar y residual. La evaluación de tipo configuracional, examina la consistencia del número de dimensiones entre los grupos comparados, y ayuda a construir el modelo de línea base (van de Schoot et al., 2012). En el segundo modo se examinó la igualdad de las cargas factoriales (invarianza métrica), y requirió especificar la igualdad de éstas entre los grupos. La comparación estadística entre este modelo y el modelo de línea base permitió probar el decremento de los estadísticos de ajuste -los cuales no deberían ser sustanciales- para aceptar la invarianza métrica. En el tercer nivel de invarianza, a la anterior restricción se añadió la restricción de igualdad de interceptos de los ítems (invarianza escalar), y se lo comparó con el modelo de invarianza métrica; un decremento insustancial de los estadísticos de ajuste garantizó la aceptación de este modelo. Finalmente, se añadió la igualdad de residuales para probar un nivel de invarianza complejo y estricto (Steinmetz, 2010; van de Schoot et al., 2012); el ajuste se obtuvo comparándolo con el modelo de invarianza escalar. Todas las evaluaciones de invarianza fueron inspeccionadas mediante la comparación de índices de ajuste: $\Delta mfi \leq -.02$ (Cheung & Rensvold, 2002; Meade, Johnson, & Braddy, 2008) y $\Delta cfi \leq -.01$ (Cheung & Rensvold, 2002). Todos los análisis se hicieron con el programa SPSS AMOS (Bentler & Wu, 2015).

La confiabilidad se examinó utilizando dos indicadores, el primero es el índice de consistencia interna: el coeficiente alfa de Cronbach, que es una medida de la interrelación entre un conjunto de preguntas diseñadas para medir un constructo general. Un valor mínimo fue de 0.70, que se considera aceptable para una nueva escala. El segundo indicador son los valores alfa cuando se eliminaron las preguntas que miden si las complicaciones del parto cumplieron con los criterios de un factor estresante traumático.

Aspectos éticos

La presente investigación fue un proyecto aprobado por la coordinación de Investigaciones del Instituto de Ciencias Sociales y Disciplinas Proyectuales (INSOD) de una Universidad Argentina de Empresas (Argentina). Se resguardaron los aspectos éticos durante todo el desarrollo de las etapas investigativas. Estos aspectos se enmarcan en lo planteado por el Colegio de Psicólogas y Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, en su código de ética profesional, destacando los siguientes criterios: a) Consentimiento Informado: El uso del consentimiento informado responde a una ética kantiana donde los seres humanos deben ser tratados como un fin en sí mismos y nunca como un medio para conseguir algo. "Así, los participantes del estudio deben estar de acuerdo con ser informantes y, a su vez, deben conocer tanto sus derechos como sus responsabilidades dentro de la investigación" (Denzin & Lincoln, 2000, p. 67).

b) El Respeto a las personas: protegiendo su autonomía, donde se le indicó a los participantes la posibilidad de retirarse en cualquier momento del estudio y se les trató con cortesía, respeto y sin emitir juicios de valor.

c) Beneficencia: donde se minimizan los riesgos para los sujetos de la investigación y se potencia al máximo los beneficios para los sujetos.

d) Justicia: en que los riesgos y beneficios de un estudio de investigación deben ser repartidos equitativamente entre los sujetos de estudio. Bajo toda circunstancia debe evitarse en el estudio procedimientos de riesgo exclusivamente en población vulnerable por motivos de raza, sexo, estado de salud mental, etc.; es decir, usar procedimientos razonables, no explotadores y bien considerados para asegurarse de que se administran correctamente como es el caso de la aplicación de las pruebas psicométricas utilizadas.

e) Confidencialidad: El código de ética hace énfasis en la seguridad y protección de la identidad de las personas que participan de la investigación, además respecto a los datos recopilados. Teniendo todo esto en conjunto un carácter confidencial y exclusivamente con fines académicos y para la investigación.

RESULTADOS

Demográficos

La media de edad fue de 31 años ($DT=5,316$). En cuanto al estado civil, el 93,7% manifestó estar en pareja o casada. El 22% de las participantes reside en CABA, el 40% en Gran Buenos Aires, y el resto en el interior del país (38%). Con relación al nivel educativo, el 2% tenía sólo el primario completo, el 34% terminó el secundario, el 53% manifestó haber completado estudios universitarios o terciarios, y el 11% presentó una maestría, postgrado o especialización completos.

Con respecto al tipo de parto, el 53% de las participantes tuvieron cesárea, el 43% parto natural (el 20% de ellas tuvo intervenciones como por ej. fórceps o anestesia), y el 4% presentó un parto prematuro.

Análisis de ítems

Primero se realizó el análisis de ítems, que consistió en revisar el rango completo de respuestas por pregunta, para asegurarse de no tener preguntas restringidas (sesgadas) donde los participantes no usaran el rango completo de la escala. En segundo lugar, se examinaron las distribuciones de las preguntas mediante la inspección de histogramas y valores de asimetría. Dieciocho de las 20 preguntas sobre síntomas de la Escala de Trastorno de Estrés Postraumático en el Postparto fueron normales, al obtener valores de probabilidad superiores a 0.05 en la prueba Kolmogorov-Smirnov.

Análisis Factorial Exploratorio

El AFE proporcionó tres factores, utilizando el método de máxima verosimilitud, con rotación oblicua, para los síntomas subescala de la BiTS. Estos factores explican el 53% de la varianza total, el primer factor explicaba el 23.26 %, el segundo factor 20.68 % y tercer factor 9.76 %. Se obtuvo un valor alto en la

medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = 0.917$, $p < 0.01$), y Chi-cuadrado = 5731.41 $p < 0.01$, para los 22 elementos de la escala, los cuales superaban 0.40.

En la tabla 1, se observa que los ítems "Sentirte desapegada de vos misma o como si estuvieses en un sueño" y "Sentir que las cosas están distorsionadas o no son reales", no corresponden a sintomatología asociada al TEPT según el DSM 5, y como se vio que la carga factorial de los mismos va hacia una dimensión que no está especificada ni considerada conceptualmente, se decidió excluirlos a efectos de mejorar la explicación del instrumento con respecto al constructo. Es por eso, que se volvió a realizar el análisis factorial con los 20 ítems restantes.

En la tabla 2, se presentan los resultados del análisis factorial exploratorio luego de la eliminación de los últimos dos ítems, mencionados anteriormente. Emergen dos factores que explican el 49.56% de la varianza total de instrumento. El primer factor explica un 33.07 % de la varianza y el segundo el 16.49 %. El primero se denominó "Síntomas relacionados con el parto" y el segundo, "Síntomas generales; siguiendo las conceptualizaciones de Ayers et al. (2018) para denominarlos así. Se observa que la eliminación de los dos ítems restringe la cantidad de factores a dos y produce disminución de la varianza explicada por el instrumento, pasando de 53.70 % a 49.56 % (tabla 2), con una diferencia de 4.14 %.

Análisis Factorial Confirmatorio

Se hicieron dos modelos de ajuste para determinar la mejor estructura para la Escala de Trastorno de Estrés Postraumático en el Postparto, se tuvieron en cuenta (tabla 3): el Índice de ajuste normado de parsimonia (PNFI), aplicación del ajuste de parsimonia al CFI (PCFI), índice normalizado de ajuste (NFI), el Índice comparativo de ajuste (CFI), y el Error de Aproximación Cuadrático Medio (RMSEA), siguiendo los procedimientos de Byrne (2010).

El mejor ajuste se observó en el modelo de dos factores, donde se obtuvo un Chi-cuadrado de 735.9 (bajo), con una proporción de Chi-cuadrados/gl (X^2/gl) de 4.35 (menos de 5 de acuerdo a lo esperado). El PNFI fue de 0.705 (más cercano a 1), un PCFI de 0.725 (más cercano a 1), el NFI de 0.876 (cercano a 0.90), un CFI de 0.90 (igual al criterio de 0.90), y un RMSEA de 0.071 (inferior a 0.08). Estos valores permiten considerar que el ajuste del modelo de dos factores es adecuado para explicar la organización de los ítems del instrumento.

La figura 1, muestra las cargas factoriales de las dos dimensiones: síntomas generales (SG) y síntomas relacionados con el parto (SAP), que componen el constructo Trastorno de Estrés Postraumático Postparto (EPP), así como los interceptos y las varianzas de error de cada ítems.

Invarianza del modelo

Se efectuó un AFC multi grupo para probar la invarianza de medición de la Escala de Trastorno de Estrés Postraumático Postparto. Primero se probó el modelo de invarianza de configuración (línea base), que propone que el City BiTS tiene una estructura bifactorial en todos los grupos permitiendo que las cargas factoriales, los interceptos y las varianzas de error se estimen libremente. Los índices obtenidos fueron: CFI= 0.976; RMSEA=

0.034; $X^2/df = 12.7$. Indicaron que el ajuste del modelo a los datos era adecuado (tabla 4). Luego, se probó el modelo de invarianza métrica, en el que se restringieron las cargas factoriales para que fueran iguales entre el grupo de mujeres jóvenes (de 18 a 30 años) y mujeres maduras (de 31 a 43 años). Los índices mostraron que el modelo ajustó bien cuando se comparó con el modelo de configuración, el ΔCFI fue ≤ 0.01 , el $\Delta RMSEA$ fue < 0.015 , y ΔX^2 fue no significativo ($p < 0.05$). La prueba del modelo de invarianza escalar, en el que los interceptos, además de las cargas factoriales, se restringe para que sean iguales entre los grupos de edad; mostró un buen ajuste. Al compararlos con el modelo métrico no se presentaron cambios significativos en CFI, RMSEA, y X^2 . La tercera comparación, con el modelo de invarianza residual, en donde se restringe las cargas factoriales, los interceptos y la varianza de error, ajustó parcialmente en comparación con la invarianza escalar, con ΔCFI fue > 0.01 , el $\Delta RMSEA$ fue < 0.015 , pero ΔX^2 fue significativo ($p > 0.05$).

Análisis de Fiabilidad

Con los 20 ítems que se ajustaron al modelo propuesto, se pro-

cedió a analizar la consistencia interna de las dimensiones y del instrumento total, en donde el coeficiente alfa de Cronbach mostró un $\alpha = 0.872$ para la subescala “Síntomas relacionados con el parto”, y un $\alpha = 0.886$ para la “Síntomas generales”; mientras que arrojó un $\alpha = 0.903$ para toda la escala total. Haciendo una estimación del α con cada ítem, si se elimina de la escala, no se presentaron grandes variaciones, oscilando entre $\alpha = 0.896$ a $\alpha = 0.902$.

Validez de constructo

Para evaluar la validez convergente, se ejecutaron correlaciones de orden cero con los factores City BiTS y los puntajes totales de las subescalas del DASS-21 (Depresión, estrés y ansiedad). También se correlacionaron los factores del City BiTS con el BIEPS-A (Bienestar psicológico). Estas correlaciones nos permitieron evaluar la validez convergente y divergente respectivamente del instrumento (Tabla 5).

El puntaje total del City BiTS correlacionó 0.685 con el puntaje total del DASS-21, con la subescala “Depresión” $r = 0.621$, con la subescala “Ansiedad” $r = 0.639$, con la subescala “Estrés”

Tabla 1. Cargas factoriales de los ítems de la Escala de Trastorno de Estrés Posttraumático Postparto de Ayers.

N° Ítems	F1	F2	F3
1 Recuerdos recurrentes no deseados sobre el nacimiento (o relacionados con el nacimiento) que no puedes controlar		0.720	
2 Sueños malos o pesadillas sobre el nacimiento (o relacionados con el nacimiento)			0.534
3 Imágenes recurrentes del nacimiento (o momentos relacionados con el nacimiento) y/o revivir esa experiencia		0.564	
4 Malestar cuando se recuerda el nacimiento (o momentos relacionados con el nacimiento)		0.856	
5 Sentirte tensa o ansiosa cuando recuerdas el nacimiento (o los momentos relacionados con el nacimiento)		0.776	
6 Tratar de evitar pensar en el nacimiento o en los momentos relacionados con el nacimiento		0.703	
7 Tratar de evitar cosas que puedan recordar el nacimiento o los momentos relacionados con el nacimiento (por ejemplo, personas, lugares, programas de televisión)		0.592	
8 No ser capaz de poder recordar detalles del nacimiento			0.417
9 Culparte a vos o a otros sobre lo que sucedió durante el nacimiento		0.718	
10 Sentir fuertes emociones negativas sobre el nacimiento (por ej: miedo, enfado, o vergüenza)		0.810	
11 Sentirte mal con vos misma o pensar que algo malo podría ocurrir	0.511		
12 Perder interés en actividades que eran importantes para vos	0.704		
13 Sentirte separada de otras personas	0.716		
14 No ser capaz de sentir emociones positivas (como por ej: feliz o emocionada)	0.564		
15 Sentirte irritable o agresiva	0.836		
16 Sentirte autodestructiva o actuar imprudentemente	0.571		
17 Sentirte tensa o nerviosa	0.829		
18 Sentirte agitada o asustarte con facilidad	0.624		
19 Tener problemas para concentrarte	0.712		
20 No dormir bien por cosas que no están relacionadas al patrón del sueño de tu bebé	0.541		
21 Sentirte desapegada de vos misma o como si estuvieses dentro de un sueño	0.577		0.576
22 Sentir que las cosas están distorsionadas o no son reales			0.667

Nota: Se utilizó el estimador de Máxima verosimilitud, y el método de rotación oblicua. Además, la rotación ha convergido en 6 iteraciones.

$r = 0.669$. Estas asociaciones se consideran medias-altas, por lo cual, aportan a la validez convergente del instrumento. En cuanto a las dimensiones del City BiTS, se puede observar que la escala “Síntomas generales” correlaciona más alto con la puntuación total del DASS-21 ($r = 0.737$), y sus subescalas de depresión, estrés y ansiedad, correlaciones de $r = 0.651$; $r = 0.722$; y $r = 0.692$ respectivamente. En cuando a la escala “Síntomas relacionados con el parto”, presenta una correlación baja ($r = 0.368$) con la puntuación total del DASS-21 y correlaciones similares con las subescalas depresión, estrés y ansiedad de $r = 0.352$; $r = 0.355$; y $r = 0.324$, respectivamente.

En resumen, se observa que la correlación mayor se encuentra entre el Estrés (sub escala del DASS-21) y los Síntomas generales ($r = 0.722$), mientras que la menor asociación se obtuvo entre la subescala Ansiedad y los Síntomas relacionados con el parto ($r = 0.324$).

En lo que respecta a indicadores de validez divergente, se obtiene una correlación negativa entre la Escala de BiTS y el puntaje total de Bienestar Psicológico ($r = -0.423$). En cuanto a las correlaciones entre el puntaje total de Bienestar Psicológico y

las escalas de Síntomas generales” presenta un $r = -0.425$, y con la escala “Síntomas relacionados con el parto” presenta un $r = -0.262$.

DISCUSIÓN

Hallazgos principales

El propósito de este trabajo fue traducir, adaptar y validar la Escala de Trastorno de Estrés Postraumático postparto de Ayers, Wright y Thornton. (2018), para analizar sus propiedades psicométricas para su utilización en una muestra de mujeres que tuvieron su bebé en los últimos 12 meses en Argentina.

Se encontró que la versión española era psicométricamente confiable y válida. Es decir, en relación a la consistencia interna, se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.903 para la escala total, y de 0.872 para la dimensión “Síntomas relacionados con el parto” y 0.886 para la dimensión “Síntomas generales”; indicando un alto nivel de confiabilidad, valores similares a los reportados por Ayers, Wright y Thornton. (2018) en la construcción original.

Tabla 2. Varianza total explicada luego de la eliminación de los ítems “Sentirte desapegada de vos misma o como si estuvieses en un sueño” y “Sentir que las cosas están distorsionadas o no son reales”

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	6.614	33.07	33.07	6.614	33.07	33.07	4.979	24.894	24.894
2	3.298	16.493	49.563	3.299	16.493	49.563	4,934	24.67	49.563
3	0.995	4.975	54.539						
4	0.904	4.524	59.063						
5	0.832	4.164	63.227						
6	0.804	4.022	67.249						
7	0.733	3.668	70.918						
8	0.71	3.552	74.47						
9	0.67	3.354	77.824						
10	0.575	2.875	80.699						
11	0.525	2.629	83.329						
12	0.494	2.47	85.799						
13	0.461	2.309	88.108						
14	0.446	2.234	90.342						
15	0.419	2.095	92.437						
16	0.406	2.028	94.464						
17	0.324	1.624	96.089						
18	0.302	1.51	97.598						
19	0.259	1.296	98.894						
20	0.221	1.106	100						

Nota: Se utilizó el estimador de Máxima verosimilitud.

Tabla 3. Ajustes de modelos con uno o dos factores de la Escala de Trastorno de Estrés Postraumático Postparto

Ajuste	Modelo de un factor	Modelo de dos factores	Valores críticos
X2	1346.83	735.9	
X2/gl	7.920	4.350	< 5
GFI	0.840	0.705	+ cerca de 1
AGFI	0.800	0.725	+ cerca de 1
NFI	0.810	0.876	≥ 0.900
CFI	0.830	0.900	≥ 0.900
RMSEA	0.090	0.071	≤ 0.080
Calidad del Ajuste	Malo	Bueno	

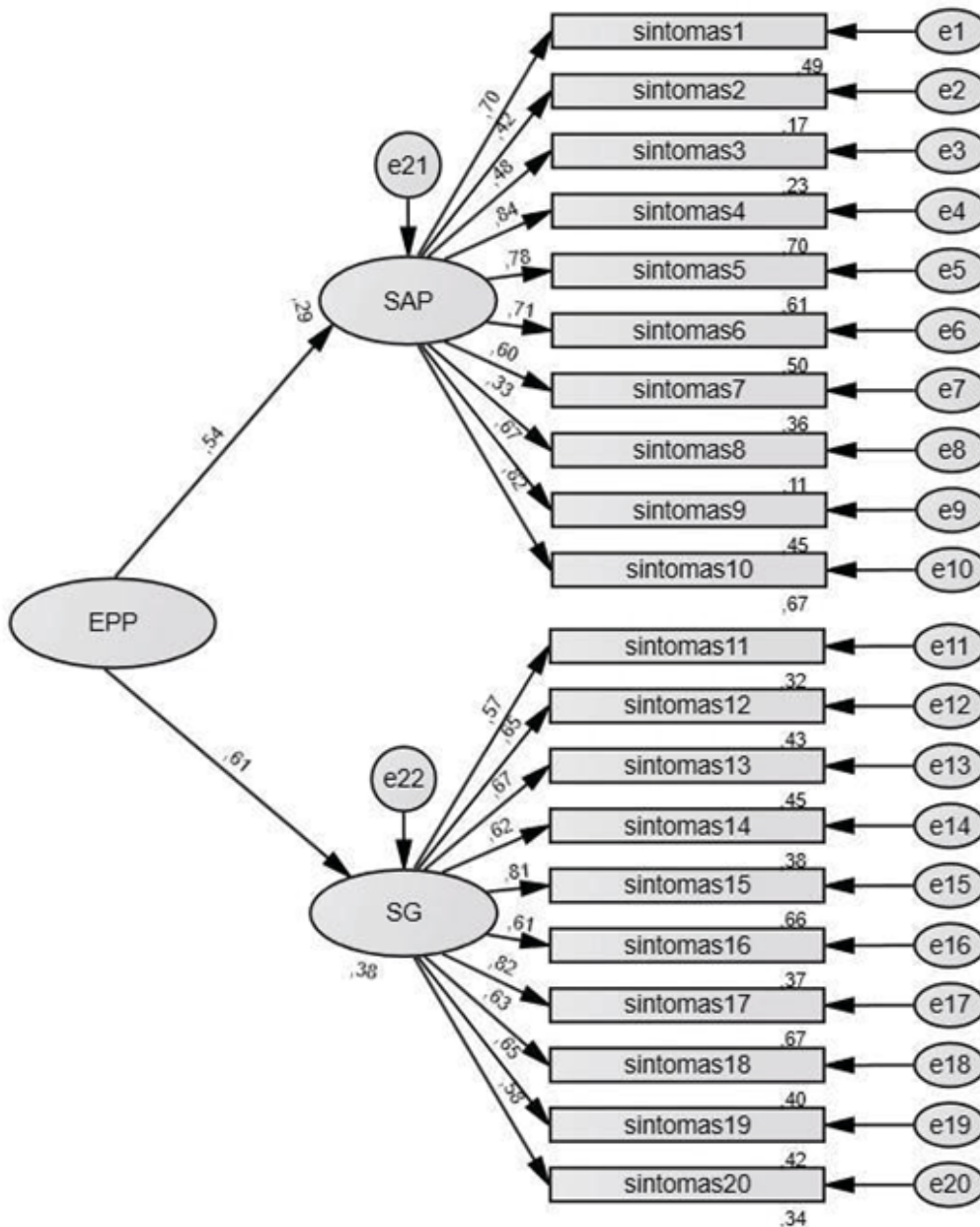


Figura 1. Modelo bifactorial de la Escala de Trastorno de Estrés Postraumático Postparto

Análisis Factorial Exploratorio

Aunque la escala de síntomas City BiTS consta de cuatro Grupo de síntomas del DSM-5: reexperimentación, evitación, negativo cogniciones y estado de ánimo, e hiperactividad; optamos por un AFE debido a la ausencia de estudios previos que investiguen el factor estructural del instrumento. Los resultados de la EFA indicaron una solución tres factores, pero luego al compararlo con el estudio original y con el DSM 5, se observó que los últimos dos ítems no correspondían a la sintomatología asociada directamente con el trastorno. Se agregaron en la escala original principalmente para poder detectar síntomas disociativos (una especificación del TEPT). Es por esto que se decidió quitarlos del análisis posterior y AFC para determinar las dimensiones del instrumento, como también lo hicieron los autores originales y otras validaciones realizadas (Ayers et. al., 2018; Nakić Radoš et. al., 2020; Handelzalts, et. al., 2018). Se obtuvieron dos dimensiones claramente definidas, denominadas: “Síntomas asociados con el parto” y “Síntomas generales”. Este modelo es similar al propuesto en los estudios mencionados anteriormente, lo que da cuenta de una estructura factorial consistente. Se nota la integración de las subescalas correspondientes a tres de los síntomas. Los grupos se mantuvieron, con “evitación” y “reexperimentación” en una dimensión, y los síntomas de “hiperactividad” en otra dimensión. El nuevo grupo de “estado de ánimo y cognición negativos” del DSM-5 se dividió a través de las dos dimensiones. Los dos factores explican casi el 50% de la varianza total del instrumento, inferior al 56%, que reportaron Ayers, Wright y Thornton (2018) cuando desarrollaron la escala, y la versión he-

brea de la misma (Handelzalts, Hairston y Matatyahu, 2018), al igual que la validaciones de Nakić Radoš et. al. (2020), y Osório et al., (2021). Todos los ítems poseen buena resolución factorial y cargan por encima del 0.50, con excepción del ítem “No ser capaz de recordar detalles del nacimiento”. Este ítem posee una resolución factorial por debajo de este criterio, que puede explicarse teniendo en cuenta que el momento del nacimiento de un hijo es un suceso vital en la vida y esperado durante todo el embarazo, por lo que es más probable que la persona gestante sea capaz de retener en la memoria los detalles del mismo (Ayers, Wright y Thornton 2018).

Análisis factorial confirmatorio

El modelo que presentó mejor ajuste fue el de dos factores de acuerdo con los índices considerados: χ^2 bajo, con una proporción χ^2/gf menor de 5, de acuerdo a lo esperado. El PNFI más cercano a 1, un PCFI más cercano a 1, el NFI cercano a 0.90, un CFI igual al criterio de 0.90, y un RMSEA inferior a 0.08. Estos valores permiten considerar que el ajuste del modelo de dos factores es adecuado para explicar la organización de los ítems del instrumento.

Los resultados de la prueba de invarianza mostraron un buen ajuste de los ítems a las dos dimensiones que propone el City BiTS e indicaron que cuando los elementos de la estructura factorial se mantienen invariantes en función del grupo de edad, los índices de ajuste fueron satisfactorios, excepto en dos de los parámetros del modelo de invarianza residual; lo cual permite asumir una invarianza parcial (Dimitrov, 2010), aunque se reconoce que la prueba de invarianza residual es excesivamente

Tabla 4. índices de ajuste de la comparación de Invarianza de Medición atendiendo a la edad

	X2 (gl)	CFI	RMSEA	MFI	SRMR	$\Delta X2$	ΔCFI	$\Delta RMSEA$
Configuracional	736.7 (58)	0.976	0.034 (0.00 - 0.057)	0.987	0.047			
Métrica	759.6 (67)	0.982	0.037 (0.00 - 0.570)	0.983	0.075	23.7 (p=0.468)	0.006	0.003
Escalar	773.8 (73)	0.989	0.029 (0.000 - 0.050)	0.987	0.076	14.2 (p=0.529)	0.007	-0.008
Residual	943.387 (85)	0.902	0.039 (0.054 - 0.087)	0.92	0.154	169.587 (p<.001)	-0.087	0.010
Índice de ajuste adecuados	-	> .950	< .080	> .950	< 0.050	p> 0.05	≤ 0.01	≤ 0.015

Tabla 5. Correlaciones de Pearson entre el puntaje total de BiTS, el puntaje total por síntomas, los puntajes totales del DASS-21, los puntajes de las subescalas: Depresión, estrés y ansiedad, los puntajes de Bienestar Psicológico.

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
(1) Trastorno de Estrés Postraumático Postparto	-						
(2) Síntomas relacionado con el parto	0.794**						
(3) Síntomas generales	0.853**	0.360**					
(4) DASS-21	0.685**	0.368**	0.737**				
(5) Depresión	0.621**	0.352**	0.651**	0.898**			
(6) Estrés	0.669**	0.355**	0.722**	0.962**	0.793**		
(7) Ansiedad	0.632**	0.324**	0.692**	0.960**	0.801**	0.899**	
(8) Bienestar Psicológico	-0.423**	-0.262**	-0.425**	-0.562**	-0.489**	-0.618**	-0.524**

restrictiva (Bentler, 2004). En definitiva, los puntajes podrían ser comparables entre los grupos y el cambio en una unidad sería equivalente entre ellos.

Validez de Constructo

Se obtuvo evidencia de validez convergente para el City BiTs. Los valores que se interpretan como relación moderada con las subescalas del DASS-21 (.685), indican que miden constructos específicos y similares, pero diferentes. En cuanto a las dos dimensiones del City BiTs, los síntomas generales correlacionaron con la escala general del DASS-21, y sus dimensiones ansiedad, estrés y depresión, con valores moderados-alto (superiores a 0.60), similar a los puntajes reportados por Dikmen-Yildiz, Ayers y Phillips (2017b), en la validación turca. De igual forma, la dimensión síntomas relacionados con el parto correlaciona moderado-bajo, tanto con la puntuación general del DASS-21, como con sus dimensiones: ansiedad, estrés y depresión (valores ligeramente superiores a 0.30).

La asociación con menor intensidad con los síntomas con el parto, se debió a elementos pertenecientes a emociones en esta subescala (por ejemplo, "Tuve oleadas de sentimientos fuertes sobre eso") (Ayers, Wright y Thornton, 2018; Handelzalts, Hairston y Matatyahu, 2018). Como se señaló, debido a que evitan recordar situaciones claves durante el parto (es decir, el niño). Se esperaba que los pensamientos intrusivos no fueran una característica central de TEPT relacionado con el parto, en relación con otras formas de TEPT (Ayers, Wright y Thornton, 2018). Las emociones negativas relacionadas con la evitación tienden a generalizarse a señales ambientales no relacionadas con el trauma, que a su vez pueden desencadenar intrusiones (Schmidt y Vermetten, 2017).

Estas asociaciones muestran las características principales de este trastorno. La vivencia estresante de la situación de nacimiento se considera traumático cuando durante el trabajo de parto, el parto y/o el posparto inmediato, la persona que da a luz percibe que su vida y/o la de su bebé están en peligro y/o corren el riesgo de sufrir lesiones graves. Estos eventos incluyen, entre otros, cesáreas de emergencia, ingresos a la unidad de cuidados intensivos neonatales, hemorragias maternas y partos vaginales operantes (Kazato, 2022). A estas características se le puede agregar la presencia de sentimientos de ansiedad y pensamientos cognitivos donde se reviven y vienen ideas relacionadas con el embarazo y parto durante varios momentos posteriores a este último (Ayers, Wright y Thornton, 2018). El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un trastorno de salud mental que se puede experimentar como algo potencialmente mortal y puede afectar su bienestar mental, físico y social (American Psychiatric Association, 2023). Por esto, el Bienestar Psicológico (BIEPS-A) se utilizó para estimar la validez divergente, siendo la asociación más baja de este último con los síntomas relacionados con el parto. El Bienestar Psicológico (BP) es un constructo complejo de estructura multidimensional: autoaceptación y actitudes positivas hacia uno mismo, crecimiento personal, propósito de vida, dominio del medio, relaciones positivas con otros y habilidad para ser independiente (Ryff, 1995). La literatura científica muestra conexiones entre Bienestar y estrés. Niveles elevados de Bienestar se asocian a

mayores habilidades sociales, redes sociales más ricas y estrategias más eficaces de supervivencia (Valle y Alarzabal Fernández, 2022).

Limitaciones

La muestra de este estudio fue tomada de manera aleatoria y utilizando un autoinforme a distancia, lo cual limita ver las dificultades o situaciones que pueden tener las personas al momento de responder. Además, hay que destacar que el estudio fue realizado en época de pandemia por COVID-19, lo que puede aumentar los niveles de ansiedad y el estrés en general (Cerberio, Jones y Benedicto, 2021), siendo difícil estimar y separar los estresores para la vivencia de ambas situaciones.

CONCLUSIONES

Es importante poder contar con un instrumento confiable y válido para medir específicamente el Trastorno de Estrés postraumático posparto, ya que cuenta con criterios de estrés, síntomas de volver a experimentar, evitación, cogniciones negativas y estado de ánimo, e hiperactivación; así como la duración de los síntomas, angustia significativa o deterioro y criterios de exclusión u otras causas particulares, que lo diferencia de otras patologías e incluso de otros trastornos de estrés postraumáticos. El City Birth Trauma Scale (Ayers et. al., 2018) fue diseñado para poder medir el TEPT postparto siguiendo los criterios establecidos por el DSM 5 (APA, 2013).

El presente trabajo de investigación fue llevado a cabo con el objetivo de adaptar la escala de trastorno de estrés postraumático postparto para su posible aplicación en la población argentina. En el mismo participaron 677 mujeres válidas (que cumplían el criterio para completar el instrumento) que tuvieron un parto hasta doce meses anteriores a la fecha de participación. Para evaluar la estructura factorial de la escala se llevó a cabo un análisis de componentes principales solicitando valores mayores a 1, obteniendo resultados satisfactorios teniendo en cuenta la investigación original y sus posteriores validaciones a otros idiomas. Luego se determinó la confiabilidad interna del instrumento, que se vio reflejada por un alfa de Cronbach alto, lo cual indica una buena confiabilidad. Por último, se exploró la validez de constructo de dicho instrumento, para lo cual se hallaron asociaciones significativas con la escala DASS-21, y una correlación inversa con la escala BIEPS-A, pudiendo comprobarse así su validez convergente y discriminante.

Finalmente, se puede aseverar que este trabajo comprueba la validez de la herramienta de Trastorno de estrés postraumático postparto para ser utilizada en futuros estudios en Argentina. Consideramos que el acompañamiento terapéutico de las mujeres púerperas es muy importante para la salud mental de éstas y de sus hijos, y esto sólo es posible teniendo herramientas que permitan la detección de los distintos trastornos que pueden ocurrir a partir de la gestación.

Es por lo mencionado anteriormente, que esta herramienta puede ser de utilidad para la atención médica primaria y la prevención de complicaciones emocionales posteriores al parto, así como también para futuras investigaciones que ayuden a comprender aún más la temática y sus efectos en la salud mental de las familias y la crianza de los niños.

Implicaciones para la práctica clínica: el éxito de este proyecto abre la puerta a futuros proyectos para explorar la viabilidad de la detección universal de CB-PTSD en una unidad de posparto. La detección de CB-PTSD también puede ser apropiada para otras áreas de la medicina reproductiva y las visitas pediátricas de control del bebé. Otras áreas de atención informada sobre el trauma que se pueden explorar son la educación sobre el lenguaje informado sobre el trauma en la enfermería de salud de la mujer, la educación sobre cómo hablar terapéuticamente con los pacientes sobre procedimientos médicos emergentes y la detección de eventos adversos en la infancia y violencia interpersonal. Palabras clave: PTSD relacionado con el parto, posparto, PTSD Screening, trastorno de estrés postraumático

ORCID

Ayelén Acosta. <https://orcid.org/0009-0004-5688-9678>
 Aquiles Pérez Delgado. <https://orcid.org/0009-0004-5496-2915>
 Mercedes Lotufo. <https://orcid.org/0009-0007-9155-2570>
 Angela Zayas. <https://orcid.org/0009-0005-8792-6934>
 Sandro Giovanazzi. <https://orcid.org/0009-0009-0692-9025>

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Ayelén Acosta: Conceptualización. Escritura del borrador original. Validación
 Aquiles Pérez: Metodología. Análisis estadístico. Redacción: revisión y edición. Supervisión
 Mercedes Lotufo: Conceptualización, Supervisión.
 Angela Zayas: Trabajo de campo. Redacción
 Sandro Giovanazzi: Revisión. Validación

FUENTE DE FINANCIAMIENTO

El presente estudio fue autofinanciado.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor expresa que no hubo conflictos de intereses al recoger los datos, analizar la información ni redactar el manuscrito.

AGRADECIMIENTOS

No aplica.

PROCESO DE REVISIÓN

Este estudio ha sido revisado por tres revisores externos en modalidad de doble ciego. El editor encargado fue David Villarreal-Zegarra. El proceso de revisión se encuentra como material suplementario 1.

DECLARACIÓN DE DISPONIBILIDAD DE DATOS

Estará disponible para cualquier investigador que la solicite.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Los autores son responsables de todas las afirmaciones realizadas en este artículo.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association [APA] (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington
 American Psychiatric Association [APA] (2014). *DSM-5: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana. Madrid. ISBN/ISSN/DL: 978-84-983581-0-0
 American Psychiatric Association (2023). Trastorno de estrés postraumático (TEPT). Disponible en: <https://www.psychiatry.org/patients-families/la-sa->

lud-mental/trastorno-de-estres-postraumatico-tept
 Antúnez, Z. y Vinet, E. (2012). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia psicológica*, vol.30 no.3, 49-55. doi.org/10.4067/S0718-48082012000300005
 Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., y Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: A meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*, 46(06), 1121-1134.
 Ayers, S., Joseph, S., McKenzie-McHarg, K., Slade, P., y Wijma, K. (2008). Post-traumatic stress disorder following childbirth: Current issues and recommendations for future research. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 29(4), 240-250. doi:10.1080/01674820802034631
 Ayers, S., Wright, D. B. y Thornton, A. (2018). Development of a measure of postpartum PTSD: the City Birth Trauma Scale. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 409. Doi: 10.3389/fpsy.2018.00409
 Bados, A., Solanas, A., & Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of depression, anxiety and stress scales (DASS). *Psicothema*, 17(4), 679-683.
 Beck C.T. (2004). Birth trauma in the eye of the beholder. *Nursing Research*, 53(1), 28-35.
 Boorman, R.J., Devilly, G., Gamble, J., Creedy, D.K. y Fenwick, J., (2014). Childbirth and criteria for traumatic events. *Elsevier. Vol 30, Issue 20, Pp. 255-261*. doi.org/10.1016/j.midw.2013.03.001
 Brown, T. A. (2006). *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research*. Nueva York, EUA: Guilford Press.: Guilford Press
 Bydlowski, M., y Raoul-Duval, A. (1978). Un avatar psychique méconnu de la puerpéralité: La névrose traumatique post-obstétricale. *Perspectives Psychiatriques*, 4, 321-328.
 Caparros-Gonzalez, R. A. (2019). *City BiTS_Spanish Version 2019*. City, University of London. Disponible en: <https://blogs.city.ac.uk/citybirthtraumascale/translations/>
 Casullo, M. Col. (2002). *Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica*. Buenos Aires: Paidós.
 Christiansen, D.M. (2017). Posttraumatic stress disorder in parents following infant death: a systematic review. *Clinical Psychology Review*. 51:60–74. doi: 10.1016/j.cpr.2016.10.007
 Ceberio, M., Jones, G. M. y Benedicto, M. G. (2021). La ansiedad en la población argentina en el contexto de pandemia por el COVID-19. *Revista de Psicología*, p. 081. doi: 10.24215/2422572Xe081.Dekel, S., Stuebe, C., and Dishy, G. (2017). Childbirth induced posttraumatic stress syndrome: a systematic review of prevalence and risk factors. *Front. Psychol.* 8:560. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00560
 Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2000). Introduction: The discipline and practice of qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (2nd ed., 1-28). Thousand Oaks, CA: Sage.
 Dikmen Yildiz P, Ayers S, Phillips L. (2017a). The prevalence of post-traumatic stress disorder in pregnancy and after birth: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 208:634–45. doi: 10.1016/j.jad.2016.10.009
 Dikmen-Yildiz, P., Ayers, S. & Phillips, L. (2017b). Screening for birth-related PTSD: psychometric properties of the Turkish version of the Posttraumatic Diagnostic Scale in postpartum women in Turkey. *European Journal of Psychotraumatology*, 8, 1306414. doi: 10.1080/20008198.2017.1306414
 Facio, A., Micocci, F., & Resett, S. (2008). *Haciéndose adulto: relaciones interpersonales y problemas emocionales y de conducta en la adultez emergente* (Proyecto de investigación y desarrollo 171/08). Paraná, Argentina: Universidad Nacional de Entre Ríos, Facultad de Ciencias de la Educación.
 Grekin, R., y O'Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(5), 389-401.
 Handelzalts, J., Hairston, I and Matatyahu, A. (2018). Construct Validity and Psychometric Properties of the Hebrew Version of the City Birth Trauma Scale. *Frontiers in Psychology*, Vol 9, Article 1726. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01726.
 IBM (2020). Statistical Package for the Social Sciences.
 Jöreskog, K. G. (1973). A general method for estimating a linear structural equation system. En A. S. Goldberger & O. D. Duncan (Eds.), *Structural Equation Models in the Social Sciences* (pp. 85-112). Nueva York, EUA: Seminar Press.
 Kazato, M. (2022). Screening for childbirth-related posttraumatic stress disorder using the City Birth Trauma Scale: A pilot Project. *Doctor of Nursing Practice Final Manuscripts*. 187. <https://digital.sandiego.edu/dnp/187>
 López-Aguado, M., y Gutiérrez-Provecho, L. (2019). Cómo realizar e interpretar un análisis factorial exploratorio utilizando SPSS. *REIRE Revista*

- d'Innovació i Recerca en Educació, 12(2), 1–14. <http://doi.org/10.1344/reire2019.12.227057>
- Lovibond, P. & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343.
- Maggioni, C., Margola, D., y Filippi, F. (2006). PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: A two-wave longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(2), 81-90.
- Nakić Radoš, S., Matijaš, M., Kuhar, L., Anđelinović, M. & Ayers, S. (2020). Measuring and conceptualizing PTSD following childbirth: Validation of the City Birth Trauma Scale. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(2), 147-155.
- Osório, F., Ayers, S., Gonçalves, F. y Rocha, J.C. (2021). City birth trauma scale-updates to the Portuguese. *Arch Clin Psychiatry*. 48(6): 250-268. DOI: 10.15761/0101-60830000000316;
- Polachek, I.S., Dulitzky, M. Margolis-Dorfman, L. y Simchen, M. (2016). A simple model for prediction postpartum PTSD in high-risk pregnancies. *Archives of Women's Mental Health*. Springer. volume 19, pp. 483–490.
- Radoš, N., Matijaš, S., Kuhar, M., Anđelinović, L. & Ayers, S. (2020). Measuring and conceptualizing PTSD following childbirth: Validation of the City Birth Trauma Scale. *Journal Article Database: APA PsycArticles*.
- Román, F., Vinet, E. V., & Alarcón, A. M. (2014). Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21): Adaptación y Propiedades Psicométricas en estudiantes secundarios de Temuco. *Revista Argentina Clínica Psicológica*, 23(2), 179-190.
- Ryff C.D. (1995). Psychological wellbeing in adult life. *Current Directions in Psychological Science*; 4 (4): 99-104.
- Satorra, A., & Bentler, P. M. (1994). Corrections to test statistics and standard errors in covariance structure analysis. En A. von Eye & C. C. Clogg (Eds.), *Latent Variables Analysis: Applications for Developmental Research* (pp. 399-419). Thousand Oaks, EUA: Sage
- Estrés, malestar psicológico, bienestar psicológico y satisfacción con la vida según modalidades de trabajo en madres de familia. *Ciencias Psicológicas*. vol.16 no.2. <https://doi.org/10.22235/cp.v16i2.2794>
- Yildiz, P. D., Ayers, S., and Phillips, L. (2017). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: a systematic review and meta-analysis. *J. Affect. Disord.* 208, 634–645. doi: 10.1016/j.jad.2016.10.009