



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

CONSTRUCCIÓN Y PROPIEDADES
PSICOMÉTRICAS DEL INVENTARIO DE
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO DESPUÉS DEL
PARTO EN LIMA-PERÚ.

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON
MENCIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

CLAUDIA FABIANA PARASI FALCON

LIMA – PERÚ

2022

ASESORA

Dra. Elizabeth Dany Araujo Robles

JURADO DE TESIS

DR. RICARDO ANSELMO LOYOLA SHEEN

PRESIDENTE

MG. ELENA ESTHER YAYA CASTAÑEDA

VOCAL

MG. JULIO ALBERTO DOMINGUEZ VERGARA

SECRETARIO

DEDICATORIA.

A la vida que siempre encuentra la forma de abrirse paso.

A las madres que estuvieron antes y a las que vendrán

Para que sigamos contactando con el coraje de luchar por un

Parto y nacimiento respetados.

AGRADECIMIENTOS.

A Dios, por ser fuente amorosa de sabiduría

A mi familia por su infinito apoyo y paciencia

A mi yo puerpera que realizó esta tesis.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO.

Tesis Autofinanciada

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

I.	INTRODUCCION.....	1
1.1	Planteamiento del problema.....	5
1.2	Investigaciones entorno al problema.....	5
Nacionales.....		5
Internacionales.....		6
1.3	Marco Teórico.....	9
1.3.1	Estrés postraumático después del parto.....	9
Dimensiones del estrés postraumático después del parto.....		11
Factores asociados al estrés postraumático después del parto....		12
Consecuencias del estrés postraumático después del parto.....		14
1.3.2	Teorías psicométricas.....	15
Teoría clásica de los tests.....		15
Teoría de respuesta al ítem.....		16
Construcción de tests.....		17
Propiedades psicométricas.....		17
Validez.....		18
Confiabilidad.....		19
Normas.....		19
1.3.3	Definiciones conceptuales y operacionales de variables.....	22
1.4	Justificación del estudio.....	25
II.	OBJETIVOS.....	27

2.1	Objetivo general.....	27
2.2	Objetivos específicos.....	27
III.	METODOLOGÍA.....	29
3.1	Población y muestras.....	30
3.1.1.	Descripción de la muestra y método de muestreo.....	30
3.1.2.	Muestra para elaboración de normas.....	31
3.1.3.	Muestra para la validez de contenido.....	33
3.1.4.	Muestra para validez de constructo y confiabilidad interna..	33
3.1.5.	Muestra para la confiabilidad test-retest.....	33
3.2	Descripción de los servicios donde se recolectaron los datos.....	34
3.2.1.	Servicio de Pediatría y Psicología del Hospital.....	34
3.2.2.	Servicio de Pediatría de la clínica.....	35
3.2.3.	Criterios de inclusión.....	35
3.2.4.	Criterios de exclusión.....	35
3.3	Instrumento.....	35
3.3.1.	Descripción del instrumento.....	36
3.3.2.	Construcción del instrumento.....	36
3.4	Consideraciones éticas.....	39
3.5	Procedimiento.....	40
3.6	Plan de análisis de datos.....	41
IV.	RESULTADOS.....	44
4.1.	De la construcción del instrumento.....	44
4.1.1.	Modelo teórico explicativo	44
4.1.2.	Tabla de especificaciones.....	45

4.2. De las propiedades psicométricas.....	48
4.2.1. De la validez del instrumento.....	48
4.2.2. De la confiabilidad del instrumento.....	62
4.3. Elaboración de normas.....	64
4.3.1. Análisis de las diferencias significativas para la elaboración de normas:.....	64
4.3.2. Baremos Percentilares.....	68
4.3.3. Criterios para obtener las categorías del atributo..	72
V. DISCUSIÓN.....	75
VI. CONCLUSIONES.....	79
VII. RECOMENDACIONES.....	81
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83

IX ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado para participar del estudio

Anexo 2: Protocolo del instrumento versión 1

Anexo 3: Protocolo del instrumento versión 2-definitiva.

Anexo 4: Matriz de consistencia

Anexo 5: Protocolo para la validez de contenido por el método de jueces

Anexo 6: Presupuesto

TABLAS

Tabla 1: Operacionalización de las variables

Tabla 2: Tabla de Especificaciones de la construcción del instrumento – Primera versión.

Tabla 3 Tabla de especificaciones de la primera versión del Inventario de estrés postraumático después del parto.

Tabla 4: Tabla de especificaciones de la segunda versión del Inventario de estrés postraumático después del parto

Tabla 5: Tabla de validez de contenido usando la V de Aiken

Tabla 6: Análisis de ítems del Inventario de estrés postraumático después del parto (Primera versión)

Tabla 7: Análisis de ítems del Inventario de estrés postraumático después del parto (Segunda versión)

Tabla 8: Cargas factoriales de los ítems del inventario de estrés postraumático después del parto.

Tabla 9: Tabla comparativa de índices de ajuste del análisis factorial confirmatorio de ambas versiones del Inventario de estrés postraumático después del parto.

Tabla 10: Modelo factorial de la segunda versión del Inventario de estrés postraumático después del parto.

Tabla 11: Análisis de confiabilidad por el método test-retest del Inventario de estrés postraumático después del parto.

Tabla 12: Consistencia interna del inventario de estrés postraumático después del parto usando Omega

Tabla 13: Prueba de normalidad de las puntuaciones del inventario de estrés postraumático después del parto

Tabla 14: Prueba de diferencia de las puntuaciones del inventario de estrés postraumático después del parto, según tipo de parto

Tabla 15: Prueba de diferencia de las puntuaciones del inventario de estrés postraumático después del parto, según establecimiento

Tabla 16: Prueba de diferencia de las puntuaciones del inventario de estrés postraumático después del parto, según nivel de instrucción

Tabla 17: Baremos percentilares generales del Inventario de estrés postraumático después del parto

Tabla 18: Baremos percentilares del Inventario de estrés postraumático después del parto, para población sin instrucción

Tabla 19: Baremos percentilares del Inventario de estrés postraumático después del parto, según nivel escolar de instrucción

Tabla 20: Baremos percentilares del Inventario de estrés postraumático después del parto, según nivel superior de instrucción

Tabla 21: Categorías del estrés postraumático después del parto

Tabla 22: Indicadores que corresponden a cada categoría del estrés postraumático después del parto

GRÁFICOS

Figura 1: Esquema teórico inicial de las dimensiones de la primera versión del Inventario de estrés postraumático después del parto (Bailham & Joseph, 2010).

Figura 2: Diagrama de senderos del Inventario de estrés postraumático después del parto (Primera versión)

Figura 3: Diagrama de senderos del Inventario de estrés postraumático después del parto (Segunda versión)

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo construir y obtener las propiedades psicométricas del Inventario de estrés postraumático después del parto (TEPT-PAR). El instrumento construido inicialmente tuvo 20 ítems y fue aplicado a 360 mujeres que dieron a luz en un hospital y a 317 que se atendieron en una clínica, se tomó como criterio temporal el haber dado a luz en los últimos seis meses. El instrumento evidencia validez de contenido con puntajes superiores a 0.80 (V de Aiken). Asimismo, en el análisis de ítems, se decidió eliminar el ítem 11 por su baja contribución al test. Se realizó un análisis factorial exploratorio con la nueva versión de 19 ítems, donde se obtuvo un modelo de cuatro factores. En el análisis factorial confirmatorio, se obtuvieron índices adecuados de bondad de ajuste del modelo, por lo que, las nuevas dimensiones del test terminaron siendo: percepción negativa del parto, alteración del estado de ánimo, alteración cognitiva que dificulta el apego y alteración del estado de alerta. El instrumento presenta una alta confiabilidad de estabilidad y por consistencia interna. Finalmente, existen diferencias significativas en cuanto al grado de instrucción, por lo que, además del baremo general, se elaboraron normas específicas. El instrumento resulta útil para detectar el atributo en términos de presencia e intensidad: ausente, leve e intenso estrés postraumático después del parto.

PALABRAS CLAVES

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO DESPUÉS DEL PARTO, POSPARTO, MATERNIDAD, PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS.

ABSTRACT

The objective of this study is to construct and obtain the psychometric evidence of the Post-traumatic stress inventory after childbirth (PTSD-PAR). The instrument initially constructed had 20 items and was applied to 360 women who gave birth in a hospital and 317 who were treated in a clinic, having given birth in the last six months was taken as a time criterion. The instrument shows content validity with scores higher than 0.80 (Aiken V). Likewise, in the item analysis, it was decided to eliminate item 11 due to its low contribution to the test. An exploratory factor analysis was carried out with the new version of 19 items, where a four-factor model was obtained. In the confirmatory factor analysis, adequate indices of goodness of fit of the model were obtained, therefore, the new dimensions of the test ended up being: negative, perception of childbirth, alteration of mood, cognitive alteration that hinders attachment and alteration of the state alert. The instrument presents a high reliability of stability and internal consistency. Finally, there are significant differences in terms of the degree of instruction, for which, specific norms were developed, in addition to the general scale. The instrument is useful to detect the attribute in terms of presence and intensity: absent, mild and intense post-traumatic stress after delivery.

KEY WORDS

POST TRAUMATIC STRESS DISORDER AFTER CHILDBIRTH,
POSTPARTUM, MATERNITY, PSYCHOMETRIC PROPERTIES.

I. INTRODUCCION

1.1 Planteamiento del problema

La experiencia del parto constituye una vivencia inherente a la condición materna, la misma que suele ser percibida por la sociedad como un suceso hermoso, memorable y asociado a emociones positivas. Este evento conlleva a una serie de cambios a nivel biológico, social y psicológico en la neo-madre. Precisamente, enfatizando en los aspectos psicológicos, se observa en la realidad que algunas puérperas, lejos de experimentar felicidad y mantener recuerdos positivos asociados al nacimiento de un hijo, codifican dicho evento como una situación desagradable y provocadora de un malestar emocional que podría desencadenar en depresión post parto, síndrome de estrés postraumático, psicosis puerperal, ansiedad, entre otros problemas psicológicos (Maciel et al., 2019).

Si bien existen diversos problemas de salud mental que pueden asociarse a la experiencia de dar a luz, en el presente estudio se hablará del desorden de estrés postraumático después del parto.

En este sentido, cabe señalar que en las últimas décadas ha existido regular discusión teórica, (Simpson et al., 2018; Ayers, 2017; Bailham & Joseph, 2010; Reynolds, 1997) con respecto al constructo de estrés postraumático después del parto, o también llamado en inglés *Post Traumatic Stress Disorder after childbirth* (PTSD AC), puesto que inicialmente se planteaba que dicho constructo solo era una forma derivada del estrés postraumático tal como se clasifica en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-IV (American Psychological Association [APA], 1994). Sin embargo, han aparecido en las últimas décadas aportes teóricos que señalan la importancia de considerar dicho

constructo en una categoría diferente al de estrés postraumático, ya que existen diferencias importantes con respecto a las características de los mismos (Ayers, 2017; Bailham & Joseph, 2010). Por ejemplo, en una situación de parto, el evento es predecible; mientras que el evento estresante que desencadena un estrés postraumático suele ser imprevisto por quien lo experimenta. Por otro lado, el nacimiento es percibido de manera positiva por nuestro medio, a diferencia del estrés postraumático convencional donde el resto de personas generalmente percibe el evento estresante como altamente perjudicial. Y, por último, se señala que el experimentar estrés postraumático después del parto casi siempre implica el involucramiento de más personas además de la madre: bebé, pareja, personal de salud, familia; mientras que, en el otro caso, no necesariamente involucra la presencia de más personas.

En cuanto al panorama actual en el mundo, en Inglaterra se ha identificado que entre el 1.5% y 5.6% de las mujeres que dan a luz presentan estrés postraumático asociado a esta experiencia (Abdul-Hamid, 2017). Mientras que, en Estados Unidos, Dekel et al. (2019a) estiman que entre el 4.6% y 6.3% de mujeres que dan a luz tienen riesgo de presentar trastorno de estrés postraumático después del parto. En Latinoamérica no tenemos información actualizada en el tema, la referencia más cercana es de Rennó et al. (2015), quienes estimaron que el 12% de puérperas brasileñas presenta este diagnóstico. Es importante tener en cuenta que se trata de un país que actualmente está dando una lucha activa en favor de la reducción de los partos realizados innecesariamente por cesárea (De Alencar & De Lucena, 2017).

En el Perú, no se registra información específica de los niveles de estrés postraumático después del parto. Por dicho motivo, para brindar una referencia, se presentan las estadísticas asociadas al parto de nacidos vivos, a la prevalencia del diagnóstico de estrés postraumático (Código: F43.1) y de los trastornos mentales y del comportamiento leves y graves asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte (Códigos: F53.0, F53.1 respectivamente), así como otros trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio no clasificados en otra parte (Código: F53.8) durante el año 2018.

El Repositorio Único Nacional de Salud (Reunis, 2019) señala que, durante el año 2018, solo en Lima Metropolitana se atendieron un total de 137 913 partos de bebés que fueron registrados como nacidos vivos, lo que indica que el 31.4% de nacimientos a nivel nacional tienen lugar en la capital. La Oficina General de Estadística e Informática del Ministerio de Salud (2019) señala que durante el año 2018 se presentaron 1392 casos de estrés postraumático en personas entre los 18 y 59 años en Lima Metropolitana, mientras que solo hubo 31 diagnósticos reportados correspondientes a los trastornos mentales y del Comportamiento asociados al Puerperio.

Habiendo revisado el constructo de estrés postraumático después del parto, y teniendo en cuenta las implicancias que tiene la salud mental materna sobre el desarrollo del neonato y en el bienestar del resto de la familia (Dekel et al., 2019a; King et al., 2017), es importante contar con un instrumento especializado y validado para medir el estrés postraumático después del parto, ya que este esfuerzo inicial permitirá recolectar información valiosa en posteriores estudios con esta población específica.

En el plano internacional, el instrumento más utilizado para detectar el estrés postraumático después del parto es el cuestionario perinatal de estrés postraumático (PPQ-II), el cual fue elaborado por DeMier (1995) en Estados Unidos. Este instrumento está conformado por 14 ítems, que tienen como objetivo identificar: pensamientos perturbadores intrusivos, conductas de evitación, hiperactividad, entumecimiento y culpa. En años más recientes, Di et al. (2017) realizaron una validación psicométrica en China del cuestionario PPQ-II, donde hallaron una confiabilidad interna y de estabilidad superior a 0.80, una validez de contenido de 0.99, y se extrajeron tres factores: hiperactividad, evitación e intrusión. También, Komurcu y Durak (2020) realizaron la estandarización psicométrica en Turquía donde, encontraron una confiabilidad por encima de 0.80, una validez de criterio concurrente, con correlaciones superiores a 0.60 con variables que miden ansiedad, estrés y depresión, y extrajeron dos factores en el análisis factorial realizado.

En el Perú no existe, actualmente, un instrumento psicométrico que detecte el estrés postraumático después del parto, por lo que en la actualidad tenemos dificultades para detectar a las mujeres con este problema de salud mental, y por consecuencia, no es posible brindarles la atención especializada que requieren. Asimismo, cabe señalar que se optó por construir un instrumento diferente al PPQ-II, porque es importante que se explore, además de los criterios clínicos, la relación entre la madre y el bebé, puesto que la evidencia revisada señala que es un aspecto que se ve alterado en los cuadros de estrés postraumático después del parto (Dekel et al., 2019a; Smorti et al., 2020, Bailham & Joseph, 2010).

Por lo antes expuesto, se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las propiedades psicométricas del Inventario de estrés postraumático después del parto en Lima-Perú?

1.2 Investigaciones entorno al problema

Antecedentes Nacionales

Debido al déficit de investigaciones sobre el estrés postraumático después del parto en nuestro medio, se revisarán algunos estudios con otros problemas de salud mental materna en el Perú, que por sus características de general malestar psicológico subjetivo y repercusiones negativas en el estado de bienestar general y en la interacción con el entorno, se asemejan al constructo de estrés postraumático después del parto.

En Lima, Gonzáles (2016) y Romero (2016) realizaron estudios en la ciudad de Lima, teniendo como muestras a 350 y 110 mujeres respectivamente, usaron la escala de depresión posparto de Edimburgo para estudiar la depresión posparto en puérperas, en un hospital nacional y en una clínica respectivamente. Entre los hallazgos más relevantes se encontró que el 47% de puérperas del hospital nacional presentaron depresión posparto. Mientras que, en la clínica hallaron que el 20% de la muestra de puérperas tenían riesgo de presentar depresión posparto. De manera más reciente, Solís-Rojas et al. (2018) estudiaron la relación de la depresión en gestantes y el apoyo en la pareja, para ello contaron con una muestra de 90 usuarias del Instituto Materno Perinatal de Lima, encontraron una relación proporcionalmente inversa entre ambas variables. Por otro lado, en provincia, Lipa (2014) y Masías y Arias (2018) realizaron estudios en Puno con 69 madres, y en Arequipa con 113 madres respectivamente, con la finalidad de conocer la

prevalencia de la depresión posparto, encontraron que entre el 45 % y 50 % de mujeres encuestadas presentaron depresión posparto, además encontraron que las condiciones de ser primípara y tener bajo nivel de instrucción se asociaba con un aumento de la prevalencia de depresión posparto. Es importante tener en cuenta que las variables demográficas como grado de instrucción, son importantes al momento de estudiar constructos como los del presente estudio.

Antecedentes Internacionales

A nivel internacional, Nakic et al. (2018) y Thiel et al. (2018) estudiaron en Croacia a 160 mujeres y en Estados Unidos a 685 mujeres respectivamente, la relación entre estrés postraumático después del parto y síntomas depresivos, estilos de afrontamiento y niveles de estrés durante el parto. Cabe señalar que en el estudio llevado a cabo en Estados Unidos, se tomó en cuenta el criterio de trabajar con madres que hayan dado a luz en los últimos tres meses. Entre sus resultados principales encontraron la presencia de relación entre estrés postraumático después del parto y depresión posparto. Asimismo, el estilo de afrontamiento que más se repetía en mujeres con diagnóstico de TEPT después del parto fue el evitativo. También, hallaron relación entre los niveles de estrés durante el parto y el estrés postraumático después del parto. En cuanto a los factores asociados al estrés postraumático después del parto, en Canadá, Verreault et al. (2012) estudiaron a 308 mujeres y hallaron que antecedentes de ansiedad, abuso sexual y percepción negativa del parto influían para que se presente este tipo de estrés postraumático. De manera similar, Dekel et al. (2019a) investigaron a 685 mujeres en Estados Unidos, y descubrieron que la realización de cesáreas estaba asociada a niveles más

altos de estrés postraumático después del parto, ansiedad, depresión, y mayores síntomas de somatización en las mujeres, a diferencia de aquellas que daban a luz por parto normal. Por otro lado, en cuanto a las consecuencias del estrés postraumático después del parto, Dekel et al. (2019b) encontraron en 685 puérperas estadounidenses que habían sido diagnosticadas con dicho trastorno, que tenían dificultad para vincularse con sus bebés, ya que experimentaban más episodios de angustia, tenían conductas de menor vínculo con el neonato y solían prescindir de la lactancia materna.

Por otro lado, en relación a los instrumentos de evaluación existentes para detectar el estrés postraumático después del parto, DeMier (1995) elaboró en Estados Unidos el cuestionario perinatal de estrés postraumático (PPQ-II), de 14 ítems con escala Likert, que estaban orientados a identificar pensamientos perturbadores intrusivos, conductas de evitación, hiperactividad, entumecimiento y culpa. En cuanto a sus propiedades psicométricas, hallaron una confiabilidad por consistencia interna de 0.90, e identificaron que la escala era más sensible en la detección de madres cuyos bebés tenían alto riesgo (prematuros o enfermos), a diferencia de aquellas cuyos bebés habían nacido a término y sanos.

Posteriormente, Di et al. (2017) realizaron una validación psicométrica en China del cuestionario PPQ, para ello tradujeron el instrumento, lo sometieron a juicios de expertos y lo aplicaron a 280 mujeres que habían dado a luz en los últimos 18 meses. Hallaron un alfa de cronbach de 0.84, una validez de contenido de 0.99, una confiabilidad por el método test-retest de 0.88 y el análisis factorial exploratorio extrajo tres factores: hiperactividad, evitación e intrusión que explicaron el 53% de la varianza. En ese mismo sentido, Komurcu y Durak (2020) estudiaron en Turquía

las propiedades psicométricas del cuestionario perinatal de estrés postraumático (PPQ-II). Trabajaron con dos muestras de madres, por un lado, estaban 250 mujeres quienes habían dado a luz a bebés a término, y por el otro, 203 mujeres que tenían bebés prematuros. Encontraron en el análisis factorial dos factores que denominaron: “Pensamientos intrusivos y evitación” y “Respuestas de hiperactividad y entumecimiento”. También encontraron índices de homogeneidad aceptables y correlaciones superiores a 0.60 con variables que miden ansiedad, estrés y depresión. Asimismo, hallaron una confiabilidad de 0.89 de dicho instrumento. Por otro lado, Ayers et al. (2018) desarrollaron un instrumento de evaluación del estrés postraumático después del parto, de 29 items basado en los criterios del DSM-V, denominado “The city birth trauma scale”; para este estudio reclutaron de manera virtual a 950 mujeres. Este instrumento demostró tener una confiabilidad interna de 0.92 en el alfa de cronbach, el análisis factorial exploratorio detectó dos factores: síntomas relacionados con el nacimiento y síntomas generales, los cuales explicaban juntos el 56% de la varianza. “The city birth trauma scale” demostró ser sensible para detectar el grado de afectación con respecto a la funcionalidad de las mujeres que presentaban estrés postraumático después del parto.

1.3 Marco Teórico

1.3.1 *Estrés postraumático después del parto*

El estrés postraumático después del parto es el malestar psicológico subjetivo que pueden presentar algunas mujeres producto de una experiencia traumática en el parto (ya sea vaginal o por cesárea), donde se percibieron vulneradas, de manera física o psicológica, a ellas mismas o a sus bebés; lo cual puede tener repercusiones negativas en su estado de bienestar general, en la interacción con su entorno y en la formación del vínculo con su bebé (Bailham & Joseph, 2010).

En principio, el constructo de estrés postraumático después del parto es bastante nuevo; tanto así que su conceptualización se ha ido actualizando con el pasar de los años. A continuación, se presenta el desarrollo histórico del constructo. En primer lugar, es necesario revisar los antecedentes del constructo desde la creación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su tercera versión: DSM-III (APA, 1980), donde ya se hablaba de un trastorno de estrés postraumático pero asociado necesariamente a un evento extraordinariamente traumático, fuera de lo habitual para la experiencia cotidiana de todo ser humano, donde la persona corría peligro real y experimentaba miedo frente a este evento. De hecho, bajo esta premisa, el parto no necesariamente encajaba, puesto que es un evento que suele ser interpretado por la sociedad como algo positivo, bastante predecible y común en la especie humana, y donde no necesariamente la vida de la madre corre peligro.

En el DSM-IV (APA, 1994) se realiza un ajuste en el criterio A del trastorno de estrés postraumático donde, ahora se señala como primer criterio que la persona

tuvo que haber experimentado una situación real o amenazante que le haya provocado profundo malestar al punto de presentar los siguientes criterios diagnósticos: re-victimización, evitación de estímulos asociados al evento traumático y alteraciones cognitivas, del estado del ánimo y de la reactividad.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales quinta edición: DSM-V (APA, 2013) se mantiene dicha última modificación, donde calza mejor el constructo de estrés postraumático después del parto, sin embargo, aún la definición no estaría completa, ya que tal como señalan Bailham y Joseph (2010), para poder describir correctamente el trastorno de estrés postraumático después del parto, es necesario además de tomar en consideración los criterios propuestos por el DSM-V (APA, 2013), hacer especial énfasis en la alteración que se genera en el vínculo que existe entre la madre, su bebé y su entorno; dato que se ha podido evidenciar a lo largo de diferentes investigaciones realizadas al respecto (Ballard et al., 1995; Beck, 2004; Parfitt & Ayers, 2009).

Durante muchos años, el estrés postraumático después del parto ha sido abordado como una de las muchas formas del Trastorno de estrés postraumático (Shaili, 2016), a pesar de existir diferencias en la génesis del evento traumático y en sus características; ya que el parto suele ser socialmente visto como una experiencia maravillosa y, además, es un evento predecible, donde participan siempre más de una persona: mamá, bebé, pareja, médicos, parteras, entre otros (Ayers et al., 2008).

Cabe mencionar que para fines de la presente investigación se revisaron los trabajos y aportes teóricos propuestos por diferentes autores: A partir de la revisión teórica , se tomaron en cuenta inicialmente las siguientes dimensiones

para la creación del test: la re-experimentación cognitiva, evitación de estímulos asociados al trauma, alteración de la capacidad de alerta y control y la afectación del vínculo de la madre hacia el bebé y su entorno. Cabe señalar que se considera importante evaluar la relación de la diada madre-bebé para la detección del trastorno de estrés postraumático después del parto, en base a la evidencia científica reciente (Smorti et al., 2020; Dekel, 2019a).

Dimensiones del estrés postraumático después del parto.

Tomando en cuenta el DSM V (APA, 2013) y lo propuesto por Bailham y Joseph (2010), se presentan las dimensiones asociadas al trastorno de estrés postraumático después del parto, las cuales fueron tomadas en cuenta para la construcción original del Inventario de estrés postraumático después del parto:

- 1 Re-experimentación cognitiva del parto: Esta dimensión corresponde a un criterio diagnóstico del DSM-V, el cual indica que el sujeto que ha pasado por un evento traumático tiende a presentar recuerdos y pensamientos intrusivos, recurrentes e involuntarios, de formato tipo flashback. Asimismo, las pesadillas asociadas a la experiencia traumática también resultan comunes (APA, 2013).
- 2 Evitación de estímulos asociados al parto: También el DSM-V incluye esta dimensión como criterio diagnóstico, donde el individuo procura evitar de manera voluntaria y consciente cualquier estímulo que le recuerde a la experiencia negativa: lugares, personas, pensamientos, entre otros (APA, 2013).
- 3 Alteración de la capacidad de alerta y control en el posparto: Esta dimensión también hace referencia a criterios diagnósticos del DSM-V, donde se describe que la persona tiende a mostrarse más hiperalerta y reactiva frente a cualquier

posible amenaza, donde muchas veces se afecta el estado de calma y equilibrio emocional (APA, 2013).

- 4 Afectación emocional asociada al vínculo con el bebé y otras personas: Esta dimensión se incluye a partir de la propuesta teórica de Bailham y Joseph (2010), la cual se ve reforzada por estudios más recientes (Smorti et al., 2020; Dekel, 2019a), donde se tienen en cuenta las alteraciones que presenta la madre en relación a su desempeño interpersonal, específicamente en el vínculo con su bebé y entorno inmediato; lo cual hace que esta dimensión sea el aspecto teórico diferencial para el constructo de estrés postraumático después del parto. Davies et al. (2008) señalan que las madres que experimentan estrés postraumático derivado del parto tienen más dificultad para interactuar con su entorno, presentan con frecuencia emociones negativas, les cuesta ocuparse del bebé y establecer la lactancia.

Factores asociados al estrés postraumático después del parto.

A pesar de ser relativamente nuevo el término de estrés postraumático después del parto, varios investigadores han orientado sus estudios hacia la búsqueda de factores de riesgo que pueden estar asociados a dicho problema de salud mental materno.

Dekel et al. (2017) hicieron una revisión sistemática de 36 artículos que estudiaron los factores de riesgo asociados al estrés postraumático después del parto, a lo largo de las últimas décadas y los englobaron en cinco grandes categorías, que se explicarán a continuación:

- Percepción negativa del parto: Fue identificada como la primera causa asociada al estrés postraumático después del parto, la misma que hacía referencia específicamente a percepciones negativas de la experiencia de parto, la escasa sensación de control que se tenía durante el momento de dar a luz, miedo de que su vida o la vida del bebé esté en peligro, el surgimiento de complicaciones durante el parto y el uso de instrumentos durante el parto, como, por ejemplo: fórceps.
- Problemas de salud mental materna: Fue la segunda causa identificada en este estudio, donde se halló que antecedentes de depresión y/o ansiedad prenatal, de problemas emocionales antes del parto y embarazo, así como otros tipos de problemas psicológicos, guardaban relación con el estrés postraumático después del parto.
- Antecedentes de trauma y de estrés postraumático: Encontraron que antecedentes de abuso sexual infantil, o experiencias de estrés postraumático durante la gestación, acrecentaban la probabilidad de presentar estrés postraumático después del parto.
- Complicaciones durante el parto y tipo de parto: Hallaron que las complicaciones durante la labor de parto, así como la realización de cesáreas (ya sea de emergencia, como planeadas), la larga labor de parto y la remoción manual de la placenta, aumentaban el riesgo de presentar estrés postraumático después del parto.
- El bajo apoyo social percibido: Finalmente, encontraron que cuando se percibe escaso apoyo por parte del personal sanitario, pareja, familia y

entorno también constituye un factor de riesgo para presentar el diagnóstico de estrés postraumático después del parto.

Consecuencias del estrés postraumático después del parto.

Fenech y Thomson (2014) realizaron un estudio donde identificaron las emociones más frecuentes en madres que habían pasado por una experiencia de parto traumática, hallaron que experimentaban con frecuencia culpa, enojo, ideación suicida y aislamiento. Este hallazgo debe llamarnos súbitamente la atención porque nos señala que existen repercusiones evidentes en la salud mental materna, la misma que por su naturaleza protagónica en el evento del parto, no se ve limitada solo a la madre.

En cuanto a la interacción con sus parejas, por ejemplo, Nicholls y Ayers (2007) hallaron en su estudio cualitativo que muchas mujeres que habían pasado por una experiencia negativa de parto tendían a evitar mantener relaciones sexuales con sus parejas, lo cual podía conllevar a iniciar conflictos con la pareja.

Asimismo, algunos estudios (Beck & Watson, 2008; Davies et al., 2008; Elmir et al., 2010) evidencian que el vínculo entre la madre y el bebé se vería afectado, ya que luego de una experiencia traumática de parto, la madre puede llegar a percibir negativamente al bebé, lo que le provocaría mayor distanciamiento, experimentación de emociones negativas y dificultad para iniciar y mantener la lactancia materna.

Finalmente, Poote y McKenzie-McHarg (2015) refieren que las posibles consecuencias asociadas al estrés postraumático después del parto tienen un alcance amplio, llegando a afectar a la dinámica familiar, lo cual tiene como indicador los

conflictos que pueden desencadenarse con los miembros de la familia y/o amigos cercanos.

1.3.2 Teorías Psicométricas

Teoría clásica de los tests.

Muñiz y Fonseca-Pedrero (2019) señalan que la teoría clásica de los tests constituye el marco teórico de la gran mayoría de instrumentos de evaluación que usan los psicólogos en su práctica diaria. Indican además que el éxito de esta teoría se debe a la validez de los supuestos propuestos por Spearman hace más de cien años atrás, los mismos que están contruidos desde el modelo lineal y parten de la premisa base que las respuestas de un individuo ante un test son el resultado de la puntuación verdadera mezclada con un error, cuyo porcentaje desconocemos inicialmente, pero que, gracias a las diferentes pruebas estadísticas podemos ir despejando. Por lo que, la teoría clásica de los tests tiene como objetivo principal minimizar el porcentaje del error estimado al momento de evaluar a las personas.

Sin embargo, la teoría clásica de los tests en uno de sus supuestos también señala que el tamaño de la puntuación verdadera no es equivalente al tamaño del error en un test. Así como también afirma que los errores obtenidos luego de una medida en un test no son equivalentes a los errores obtenidos luego de haber medido lo mismo con otro test (Muñiz, 2010).

A pesar de ser usada ampliamente, la teoría clásica de los tests también ha recibido varias observaciones con respecto a sus limitaciones. Gonzáles et al. (2016) señalan que una de las principales limitaciones de esta teoría radica en la dependencia que existe entre las propiedades del test y la muestra donde se ha

aplicado para obtener sus puntajes de confiabilidad y validez; por lo mismo que la teoría clásica enfatiza más en el test de manera global y en la disminución de errores de medida.

Teoría de Respuesta al ítem.

La teoría de respuesta al ítem surge en respuesta a las limitaciones observadas en la teoría clásica de los tests, la principal diferencia es que la variable de medición es tratada como un “rasgo latente” y enfatiza su estudio en el análisis del ítem, a través de diversas ecuaciones y de la Curva Característica del ítem, la misma que analiza la relación entre la probabilidad de acierto y las puntuaciones obtenidas de la variable medida (Hidalgo-Montesinos & French, 2016).

Asimismo, González et al. (2016) explican que la teoría de respuesta al ítem se centra en el estudio de tres componentes: el azar, la dificultad del ítem y la capacidad de discriminación del mismo. De igual manera, indican que la utilización de esta teoría permite que exista una característica denominada invarianza, la cual hace referencia a la posibilidad de valorar el constructo de manera relativamente estable en el evaluado; lo cual no resulta posible con la teoría clásica de los tests, ya que no es posible comparar los puntajes de los evaluados con diferentes pruebas que midan lo mismo, debido a las diferencias específicas de los modelos empleados en la construcción del test.

Pero la teoría de respuesta al ítem también presenta limitaciones con respecto a la invarianza, de hecho, para que pueda aplicarse es necesario que en los tests exista una sola dimensión, lo cual es particularmente complicado, ya que frecuentemente en psicología los constructos con los que se trabaja suelen tener

varias dimensiones y a su vez varios indicadores. Asimismo, también es necesario que las respuestas emitidas en los diversos reactivos no se encuentren relacionadas estadísticamente entre sí, justamente por la presencia de una sola dimensión en el constructo.

Es por esto que, Dusailant (2003, citado en Gonzáles et al., 2016) señala que en muchas ocasiones las condiciones que interpone la teoría de respuesta al ítem se transgreden, especialmente por la naturaleza de los constructos en campos específicos, generando una pérdida de invarianza, lo que sería el principal atractivo de esta teoría. Es por esta razón que la teoría clásica de los tests continúa siendo ampliamente utilizada hasta el día de hoy.

Construcción de tests.

Reynaga et al. (2019) señalan que un test psicométrico es un instrumento que busca medir para poner en evidencia alguna realidad específica, a través de ítems bien formulados y debidamente estandarizados. Para esto es necesario aplicar el instrumento a un grupo representativo, con la finalidad de obtener normas o baremos que permitan obtener mediciones estandarizadas.

Propiedades psicométricas.

Satico (2016) señala que las propiedades psicométricas constituyen un criterio determinante para evaluar la calidad del instrumento y de la medición del mismo, ya que a través de la confiabilidad y validez se puede determinar la rigurosidad del test psicológico.

Validez.

Reppold et al. (2015) señalan que la validez de un instrumento está orientada a demostrar si mide lo que indica y qué tanto éxito tiene en esa labor. Además, señalan en su estudio, los siguientes tipos de validez:

- Validez de contenido: Es el tipo de validez que se encarga de analizar la relevancia, coherencia y forma de los ítems, normalmente se hace mediante el método de juicio de expertos, cuyo número ideal oscila entre 8 y 10, quienes expresan sus impresiones sobre los ítems en puntajes con la finalidad de realizar un análisis estadístico al respecto.
- Validez de criterio: Suele usarse cuando el instrumento pretende predecir alguna condición o criterio específico en las personas. Para obtener este dato usualmente se relacionan puntuaciones de dos instrumentos que miden el mismo constructo, ya que, de estar bien elaborado el instrumento, debería existir una correlación. Para fines de este estudio, no se usará este tipo de validez.
- Validez de constructo: Según los autores Reppold et al. (2015), es el tipo de validez con mayor rigor científico, ya que requiere de un tratamiento estadístico más elaborado, a diferencia de los otros tipos de validez. Existen diversos métodos para evaluar la validez de constructo, como, por ejemplo: correlaciones con otros tests (validez congruente), análisis factorial, o efectos inducidos experimentalmente.

Confiabilidad.

Espada et al. (2019) señalan que la confiabilidad es una dimensión psicométrica que informa sobre la precisión y estabilidad de un instrumento en una determinada población. Se mide con el coeficiente de confiabilidad.

Tristán y Pedraza (2017) señalan que hay diversas formas de medir la confiabilidad:

- Confiabilidad por método de equivalencias: Es una manera de evaluar la fiabilidad interna del instrumento, se suele aplicar correlacionando dos formas paralelas de un mismo test. Para fines de este estudio, no se desarrollará este tipo de confiabilidad.
- Confiabilidad de estabilidad: Pretende determinar si el instrumento es estable a lo largo del tiempo. Se suele hacer a través del método de test-retest en un mismo grupo para verificar que exista estabilidad temporal en las respuestas.
- Confiabilidad de consistencia interna: Se usa para demostrar que cada ítem del instrumento debe ser equivalente al total del mismo. Suele ser el tipo de confiabilidad más aplicado junto con la de estabilidad.

Normas.

Macías (2018) explica que las normas son un conjunto de puntuaciones previamente estandarizadas en una muestra específica que permite comparar los puntajes directos con aquellos normalizados, con la finalidad de ubicar a los

individuos en determinadas categorías. Las normas pueden expresarse en escalas de percentiles; eneatis, y las también llamadas normas típicas, usadas siempre y cuando las puntuaciones directas tengan distribución normal.

1.3.3. Definiciones conceptuales

Estrés Postraumático después del parto.

Definición Conceptual: Es el malestar psicológico subjetivo que pueden presentar algunas mujeres producto de una experiencia traumática en el parto (ya sea vaginal o por cesárea), donde se percibieron vulneradas a ellas mismas o a sus bebés de manera física o psicológica, lo cual puede tener repercusiones negativas en su estado de bienestar general, en la relación con su bebé y con su entorno (Bailham & Joseph, 2010).

Definición Operacional: La variable estrés postraumático después del parto será medida, a través del inventario de estrés postraumático después del parto, el mismo que contempla, inicialmente, las siguientes dimensiones: re-experimentación cognitiva del parto, evitación de estímulos asociados al parto, alteración de la capacidad de alerta y control después del parto, afectación del vínculo entre la mamá con el bebé y otras personas.

Propiedades Psicométricas.

Definición Conceptual: Constituyen el conjunto de bondades de un instrumento que determinan, por un lado, si el test mide lo que pretende medir, si las medidas del mismo concuerdan y si posee puntajes estandarizados que permiten obtener las diversas categorías del test (Satico, 2016).

Definición Operacional: En el presente estudio se analizará la validez y confiabilidad del instrumento, así como también se elaborarán las normas del mismo.

Tabla 1:*Operacionalización de las variables*

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO DESPUÉS DEL PARTO	1.Re-experimentación cognitiva del parto: Tendencia que tiene la persona a presentar recuerdos, pesadillas y pensamientos intrusivos, recurrentes e involuntarios, de formato tipo flashback, luego de una experiencia traumática (APA, 2013).	-Recuerdos recurrentes e involuntarios sobre la experiencia del parto. -Pesadillas relacionadas al parto.	Cuantitativa de intervalo
	2. Evitación de estímulos asociados al parto: El individuo procura evitar de manera voluntaria y consciente cualquier estímulo que le recuerde a la experiencia negativa: lugares, personas, pensamientos, entre otros (APA, 2013).	-Pensamientos frecuentes asociados a lo vivido en el parto. -Evitación de recuerdos y pensamientos sobre el parto.	

3. Normas: Conjunto de puntuaciones estandarizadas en una muestra específica que permite comparar los puntajes directos con aquellos normalizados (Macías, 2018).

-Confiabilidad de consistencia interna

-Percentiles

1.4 Justificación del estudio

En la actualidad, no existe en nuestro medio un instrumento que evalúe el estrés postraumático después del parto, por lo que muchas veces este constructo no suele ser tomado en cuenta durante la evaluación psicológica de las mujeres que han pasado por la experiencia del alumbramiento. Por eso, se considera de suma relevancia la construcción y estandarización de un instrumento psicométrico que permita medir el estrés postraumático después del parto en mujeres peruanas, ya que, de esta manera se mejorarán los mecanismos de detección de problemáticas psicológicas asociadas al posparto, lo cual apunta a mejorar la salud mental materna, a través de su oportuno abordaje y diagnóstico diferenciado.

En ese sentido, el presente estudio cuenta con una justificación metodológica porque se pondrá a disposición de la comunidad psicológica una herramienta de evaluación auxiliar que permitirá facilitar el proceso de evaluación y diagnóstico de los profesionales de la salud mental que atienden a mujeres que han pasado por una experiencia de parto.

En cuanto a la justificación práctica, los resultados servirán para mejorar el abordaje psicológico perinatal durante la etapa del posparto, permitiendo a los profesionales de la salud identificar de manera práctica y oportuna el estrés postraumático después del parto en las madres que han pasado por una experiencia de parto reciente.

En relación a la justificación social, el presente estudio beneficiará a las mujeres peruanas durante la etapa del posparto, ya que en primera instancia se podrá identificar de manera oportuna si alguna de ellas presenta estrés postraumático después del parto, lo cual se asocia a un tratamiento pertinente y una mejora en la

salud mental materna; lo cual resulta muy importante, ya que en la gran mayoría de casos, el sistema sanitario no logra identificar los diagnósticos de estrés postraumático en las mujeres que pasaron por una experiencia de parto (Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal, 2019).

En cuanto a la justificación teórica, a través de la implementación del presente instrumento de evaluación también se pretende comprobar estadísticamente el aporte teórico de Bailham y Joseph (2010), donde no solamente se hace referencia a las dimensiones propuestas por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, sino también se incluye la dimensión asociada al vínculo de la madre con el bebé y su entorno frente a un escenario de estrés postraumático después del parto.

Finalmente, se destaca la importancia del presente estudio psicométrico ya que contribuirá con la construcción y validación de una herramienta de evaluación auxiliar para el oportuno diagnóstico diferencial de un problema de salud mental materno existente, pero poco estudiado en nuestro medio; lo cual a su vez permitirá realizar futuras investigaciones que brinden más respuestas asociadas a este constructo de la salud mental perinatal.

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

- Evaluar las propiedades psicométricas del Inventario de estrés postraumático después del parto en mujeres que han dado a luz durante el último semestre en Lima-Perú.

2.2 Objetivos específicos

- Construir el Inventario de estrés postraumático después del parto (TEPT-PAR).

- Determinar la validez de contenido a través del método de jueces del Inventario de estrés postraumático después del parto en mujeres que han dado a luz durante el último semestre en Lima-Perú.

- Determinar la validez de constructo mediante el método de análisis de ítems y análisis factorial del Inventario de estrés postraumático después del parto en mujeres que han dado a luz durante el último semestre en Lima-Perú.

- Determinar la confiabilidad de estabilidad a través del método test-retest del Inventario de estrés postraumático después del parto en mujeres que han dado a luz durante el último semestre en Lima-Perú.

- Determinar la confiabilidad de consistencia interna mediante el método de covariación entre los ítems del Inventario de estrés postraumático después del parto en mujeres que han dado a luz durante el último semestre en Lima-Perú.

- Determinar las normas percentilares del Inventario de estrés postraumático después del parto en mujeres que han dado a luz durante el último semestre en Lima-Perú, teniendo en cuenta los criterios específicos del análisis de diferencias significativas.

III. METODOLOGIA

El presente estudio es de nivel descriptivo, porque se pretende describir y especificar las evidencias psicométricas del instrumento que se construye en esta investigación (Hernández-Sampieri et al., 2014).

Esta investigación es de tipo aplicada y tecnológica (Sánchez, 2017; Sánchez & Reyes, 1984), es aplicada pues a partir de los conocimientos teóricos ya existentes, se busca recoger información para conocer y comprender una realidad a través del desarrollo de instrumento utilitario, como es el caso de una prueba psicométrica. Asimismo, es tecnológica porque se pretende estudiar y demostrar la validez de un instrumento, a partir de principios científicos, lo que permitirá la detección de una determinada problemática, lo cual será útil en la práctica clínica del psicólogo. Según la clasificación realizada por Montero y León (2002), este estudio sería de tipo instrumental, ya que tiene como objetivo el desarrollo de un nuevo instrumento de evaluación.

El diseño de este estudio es no experimental, transversal y descriptivo (Hernández-Sampieri et al., 2014), es no experimental porque no se manipulan deliberadamente variables para ejercer cambios o interferir en las respuestas de los participantes. Asimismo, es transversal porque se recogen los datos en un momento único de tiempo y es descriptivo porque se recoge información para mostrar las características de un evento sin estudiar su relación con otras variables o buscar su causalidad.

3.1 Población y Muestras

El universo poblacional estuvo conformado por 162,573 mujeres que dieron a luz a nacidos vivos en Lima Metropolitana durante el 2018, donde el 67% hizo uso de un establecimiento de salud público, y un 33% de una clínica (Reunis, 2019).

La población es de tipo homogénea, ya que se tomó en cuenta solo a mujeres que hayan dado a luz durante el último semestre, teniendo como condición haber transcurrido entre 4 semanas y 6 meses después de su última experiencia de parto. La población incluyó a mujeres que hayan dado a luz ya sea por parto vaginal o cesárea, que sean adultas mayores de 18 años, que sean primíparas o multíparas y que hayan parido a un bebé nacido vivo.

El cálculo de la población se realizó de manera independiente para un centro de salud público: Hospital, y para un centro de salud privado: Clínica.

Para hallar la población del hospital se tomó en cuenta el promedio aproximado de las atenciones de los últimos tres meses en el servicio de Control del Crecimiento y Desarrollo (CRED) del niño de cada uno de los centros. Siendo que en el hospital se registró un promedio aproximado de 5760 atenciones en los últimos tres meses del 2019. Mientras que la clínica registra un promedio de 1800 atenciones en el área de CRED.

3.1.1. Descripción de la muestra y método de muestreo

Dado que el presente trabajo de investigación es de corte psicométrico, es importante considerar que será necesario emplear varias muestras para cada proceso de análisis. Sin embargo, se partirá explicando la obtención de la muestra para poder elaborar las normas del instrumento.

3.1.2. Muestra para elaboración de normas

Debido a las cifras obtenidas en el cálculo de la población, se usó una fórmula de cálculo de muestra para poblaciones finitas, tanto para el hospital como para la clínica, donde:

En este caso:

N es la población

Z equivale a 1.96, pues se está tomando en cuenta un nivel de confianza del 95%,

P es la probabilidad a favor ($p=0.5$)

Q es la probabilidad en contra ($1-p$)

D es el error muestral (0.05)

Luego de haber aplicado la fórmula para cada una de las poblaciones, se obtuvo que, en el caso del hospital, era necesaria una muestra de 360 personas para poder elaborar las normas del instrumento.

Mientras que, en el caso de la clínica se trabajó con 317 personas para la elaboración de normas. En total se encuestó a 677 personas. El tipo de muestreo en ambos casos fue no probabilístico y el método que se empleó fue el muestreo por cuotas.

Para poder acceder a la muestra, se

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

procedió a tramitar los documentos

necesarios para obtener la aprobación del proyecto de investigación por parte de la asesora del mismo, de la unidad de posgrado y del comité de ética de la universidad.

Posteriormente, se elaboraron cartas de presentación y se llevaron a cabo reuniones tanto en el hospital como en la clínica con los médicos encargados, para poder explicarles el objeto del estudio, presentar una copia del proyecto aprobado y los

documentos necesarios para lograr el permiso para la aplicación del estudio. En el caso del hospital, cabe señalar que se pasó por un riguroso proceso de revisión del proyecto por parte de la oficina de psicología, investigación y comité de ética interno, quienes aprobaron finalmente la ejecución del estudio.

En la clínica también revisaron el proyecto de investigación y otorgaron el permiso correspondiente, ya que consideraron pertinente la aplicación del estudio. Se coordinó con los encargados de cada centro las fechas y horas de aplicación, que generalmente fue de lunes a viernes en los horarios de 8 am a 2 pm. En cuanto al abordaje de las participantes, se procedió a invitar individualmente a las madres que esperaban junto a sus bebés su turno de ser atendidas en el servicio de CRED. Se les explicó el objetivo del estudio, se verificó que reúnan las condiciones para poder participar, se les explicaron los puntos descritos en el consentimiento y, una vez que firmaron dicho documento, se les aplicó el cuestionario. Se repitió el mismo procedimiento hasta llegar a la cuota establecida por cada uno de los centros (317 en la clínica y 360 en el hospital), este procedimiento tardó aproximadamente tres meses, desde diciembre 2019 hasta febrero 2020.

Cabe señalar que para todo el proceso de validación y confiabilidad del instrumento que impliquen la aplicación de la encuesta al público objetivo, se trabajó con las respuestas brindadas por las personas consideradas como base muestral, cuya obtención se acaba de explicar. A continuación, se explica con más detalle el resto de muestras:

3.1.3. Muestra para la validez de contenido

Para realizar la validez de contenido, se trabajó con una muestra censal de 10 jueces o expertos en el área clínica que validen los ítems del instrumento teniendo en cuenta la coherencia, claridad de la redacción, suficiencia y relevancia de los mismos. Esta muestra fue no probabilística y de tipo intencional (Cantoni, 2009).

3.1.4. Muestra para la validez de constructo y confiabilidad por consistencia interna

Para la validez de constructo por el método de análisis factorial se siguió la recomendación propuesta por Pasquali (2009), quien sugiere tomar a 10 personas por ítem, teniendo un total de 200 personas, las mismas que fueron tomadas de la muestra de normas. Específicamente, de las 360 personas que participaron del estudio provenientes del hospital, se seleccionaron 200 para que adicionalmente, se pueda trabajar con sus respuestas el análisis factorial del instrumento.

3.1.5. Muestra para la confiabilidad de estabilidad test-retest

De igual manera, para realizar los análisis de confiabilidad se tuvo en cuenta el criterio de Pasquali (2009), y de las 317 personas que participaron del estudio provenientes de la clínica, se seleccionaron 200 para tomar en cuenta sus respuestas para este análisis. Adicionalmente, se les solicitó algún dato de contacto para poder aplicar el instrumento al cabo de 2 a 4 semanas para realizar la confiabilidad por estabilidad.

3.2 Descripción de los servicios donde se recolectaron los datos

3.2.1. Servicio de Pediatría del Hospital

El Hospital donde se recolectaron los datos es un establecimiento de salud público especializado en la salud ginecológica y reproductiva de la mujer, así como también en la atención sanitaria del niño. Se trata de un hospital de referencia en la ciudad y tiene como característica ser un hospital docente. El servicio de pediatría cuenta con profesionales altamente especializados en diversos tópicos, tales como: gastroenterología, infectología, endocrinología, neumología, neurología y nefrología pediátrica. Cuenta con consultorios de atención ambulatoria, con unidad de UCI, hospitalización pediátrica, y con el servicio de CRED, que es donde se reclutará a las participantes del presente estudio. Presenta una alta afluencia de pacientes provenientes de todo el país.

Asimismo, para el presente estudio también se solicitó la aprobación del área de psicología del Hospital, ya que al tratarse de un constructo psicológico el que se está evaluando, es importante establecer alianzas para el adecuado abordaje del mismo.

El servicio de psicología atiende a adultos, niños y adolescentes por diferentes tópicos. Cuenta con un equipo de psicólogos que atienden en el consultorio y se desplazan por los diversos servicios del hospital donde puedan ser requeridos. El trabajo es articulado con otros consultorios.

3.2.2. Servicio de Pediatría de la clínica

La clínica donde se recolectaron los datos es un centro médico privado ubicado en Villa María del Triunfo. Está a cargo de una médico ginecóloga y una obstetra. Cuenta con los servicios de ginecología, pediatría, atención de partos, odontología y medicina general. Dentro de las atenciones regulares en el servicio de pediatría, también ofrece el programa de CRED, que es donde se reclutará a las participantes del estudio. Actualmente no cuenta con el servicio de psicología, por lo que voluntariamente se establecerán turnos de atención a cargo de la investigadora del presente estudio, para poder atender, orientar y derivar oportunamente a quienes puedan evidenciar algún problema durante el periodo de aplicación del instrumento.

3.2.3. Criterios de inclusión

- Participación voluntaria a través de la firma del consentimiento informado.
- Saber leer y escribir.
- Contestar completamente la prueba.

3.2.4. Criterios de exclusión

- Haber dado a luz a un bebé fallecido.

3.3 Instrumento

3.3.1. Descripción del Instrumento

El cuestionario de Estrés Postraumático después del Parto (TEPT-PAR) se elaboró para medir el estrés postraumático que pueden presentar las mujeres entre un mes y seis meses después de haber dado a luz, ya sea por parto vaginal o cesárea. Está dirigido a mujeres adultas primíparas y multíparas que hayan experimentado un parto en el último semestre, tomando en cuenta que el instrumento será aplicado a partir de las 4 semanas después del parto y hasta seis meses después de haber dado a luz. Las respuestas tienen un carácter politómico, donde se puede escoger entre las opciones: Nunca, A veces, Siempre. Donde Nunca equivale a 0, A veces equivale a 1 y Siempre equivale a 2.

3.3.2. Construcción del instrumento

Para elaborar el instrumento, se realizó una exhaustiva revisión de la literatura, predominantemente extranjera, sobre el constructo: Estrés Postraumático después del Parto, donde finalmente se decidió trabajar, inicialmente, con la propuesta integrada del estrés postraumático después del parto de Bailham y Joseph (2010).

Posteriormente, se elaboró una tabla de especificaciones que incluía las dimensiones, indicadores y la primera versión de 20 ítems del inventario (Ver Tabla 2). Luego se solicitó la colaboración de diez expertos para realizar la validez de contenido del instrumento. Después, se aplicaron las pruebas a las demás muestras para proceder con el análisis de validez y confiabilidad del instrumento; así como para la elaboración de las normas.

Tabla 2:*Tabla de Especificaciones de la construcción del instrumento – Primera versión.*

Dimensiones	Indicadores	Items
Re-experimentación cognitiva del parto	1. Recuerdos recurrentes e involuntarios sobre la experiencia del parto.	1.1 Recuerdo mi parto insistentemente sin que tenga intención de hacerlo.
	2. Pesadillas relacionadas al parto.	2.1 Tengo sueños feos relacionados a mi experiencia de parto.
	3. Pensamientos frecuentes asociados a lo vivido en el parto.	3.1 Pienso demasiado en lo que viví durante el parto. 3.2 Pienso que muchas cosas pudieron hacerse mejor en mi parto.
Evitación de estímulos asociados al parto	4. Evitación de recuerdos y pensamientos sobre el parto.	4.1 Quiero olvidar todo lo que pasó el día que dí a luz.
		4.2 Me niego tajantemente a la posibilidad de experimentar otro parto.
	5. Evitación de lugares y personas asociadas al parto.	4.3 Evito involucrarme en conversaciones que tengan que ver con embarazos y partos.
		5.1 Evito encontrarme con los profesionales que atendieron mi parto.
		5.2 Evito frecuentar lugares que me recuerdan mi experiencia de parto.
Alteración de la capacidad de alerta y	6. Aumento de la necesidad de control durante el posparto.	6.1 Desde que nació mi bebe siento la necesidad de controlar absolutamente todo lo que sucede cerca de mí.
	7. Aumento de	6.2 Necesito que todo a mi alrededor se encuentre en perfecto orden.

control en el posparto.	estado de alerta asociado a su bienestar y al del bebe. 8.Dificultad para permanecer relajada en el posparto.	7.1 Las personas a mi alrededor dicen que soy muy exagerada al cuidar de mi o de mi bebe. 7.2 Me cuesta mucho conciliar el sueño cuando mi bebé duerme. 8.1 Desde que nació mi bebé me siento muy tensa.
Afectación emocional asociada al vínculo con el bebé y otras personas	9.Dificultad para establecer el apego con el bebé. 10. Experimentación de emociones negativas al hablar acerca del parto con otras personas. 11.Aumento de la irritabilidad con las personas del entorno sin motivo aparente.	9.1 Cuando nació mi bebé fue difícil para mí expresarle afecto durante los primeros días. 9.2 Tras el nacimiento del bebé, tuve poco deseo de iniciar la lactancia materna. 9.3 Prefiero que alguien más atienda a mi bebe. 10.1 Me siento triste, culpable o avergonzada cada vez que hablo con alguien sobre mi experiencia de parto. 11.1 Desde que dí a luz, me siento enfadada sin saber por qué. 11.2 Después del parto, comencé a discutir mucho con las personas que me rodean.

3.4 Consideraciones éticas

Para fines del presente estudio, se están considerando los siguientes principios:

- **Beneficiencia:** Se busca a través del presente estudio, aportar un instrumento que permita detectar casos de estrés postraumático después del parto para generar un abordaje oportuno de esta problemática y beneficiar a varias madres que pueden estar atravesando este malestar psicológico. De esta manera se estaría contribuyendo en la mejora de la salud mental materna en el Perú.
- **Autonomía:** A través de este principio se respetará la decisión que cada persona tome con respecto al deseo de participar o no del presente estudio. La participación voluntaria, luego de haber recibido la información sobre la investigación es requisito indispensable para poder participar.
- **Justicia:** Con el desarrollo del presente instrumento se busca aportar en la mejora de la detección del estrés postraumático después del parto, el mismo que podrán usar profesionales de la psicología, se encuentren en consulta particular o en servicios de salud del estado, logrando beneficiar a la mayor cantidad de mujeres que sea posible.

Asimismo, es oportuno señalar que toda información recolectada será tratada con la respectiva confidencialidad y exclusivamente para fines del presente estudio, puesto que a partir de las respuestas solo se obtendrán datos generales, tales como: percentiles y estimaciones estadísticas.

3.5 Procedimiento

En primer lugar, se tramitó la documentación pertinente para obtener la aprobación del proyecto de la presente investigación. Para eso, se pasaron los filtros de la asesora de la presente tesis, de la unidad de posgrado y del comité de ética. Una vez se obtuvo la aprobación necesaria, se procedió a identificar a 10 psicólogos expertos del área clínica para que puedan participar en la realización de validez de contenido del instrumento, la búsqueda se realizó en instituciones de educación superior, de forma intencional.

Luego de este primer análisis, se procedió a establecer contacto con el hospital y la clínica, los cuales contaban con el servicio de CRED. Se llevaron a cabo reuniones previas para presentar el proyecto de investigación, documentación requerida y para responder las preguntas formuladas por los diferentes encargados. En el caso del hospital, al tratarse de un centro docente, se tramitó el permiso necesario con la oficina de investigación, comité de ética interno y posteriormente con las áreas de pediatría y psicología, quienes finalmente otorgaron la aprobación para realizar el presente estudio. En el caso del centro privado, se llevaron reuniones previas para presentar el proyecto, explicar el objeto del mismo y para coordinar con los encargados la asistencia en los horarios estipulados.

Posteriormente, se asistió a los centros para iniciar la recolección de datos. Al momento de abordar a las participantes de manera individual, se les explicaba el objetivo del presente estudio, se verificaba que cumplieran con los criterios de inclusión y, de tener el consentimiento de su parte, se les aplicaba el instrumento.

La recolección de datos se realizó progresivamente, en horas de la mañana, durante aproximadamente cinco semanas con el fin de poder completar la cuota correspondiente

a la muestra para establecimientos de salud del estado (n=360) y fue llevado a cabo exclusivamente por la responsable del presente estudio.

De igual manera, en el caso de la clínica, la recolección de datos se llevó a cabo en horas de la mañana, durante aproximadamente cuatro semanas para poder llegar a la cuota calculada para mujeres que realizaron su parto en el establecimiento privado de salud (n=317). Además, se invitó a 200 de las participantes a brindar algún dato de contacto para poder aplicar la prueba por segunda vez, con el objetivo de hacer el análisis de confiabilidad de estabilidad mediante el método de test-retest.

3.6 Plan de análisis de datos

Para hallar la validez, confiabilidad y elaborar los baremos fue necesario desarrollar un tratamiento estadístico, el mismo que se detallará a continuación:

Luego de construir el instrumento, se realizó la validez de contenido, donde las respuestas que se obtuvieron en base al método de jueces, fueron analizadas haciendo uso del coeficiente V de Aiken.

Posteriormente, se realizó un análisis de ítems, donde se obtuvieron puntajes de medias, curtosis, asimetría y correlación ítem-test. El ítem 11 y 12 obtuvieron puntajes de correlación ítem-test bajos (0.165 y 0.184 respectivamente), se decidió eliminar el ítem 11 por su baja contribución al test y porque al retirarlo hubo una notable mejora en la confiabilidad del instrumento.

Posteriormente, se realizó la validez de constructo, donde se aplicó el método de análisis factorial exploratorio, haciendo uso del programa SPSS. Aquí los ítems se agruparon en cuatro factores, luego se procedió a realizar el análisis factorial confirmatorio, haciendo uso del estadístico R. Se analizaron las dos

formas del instrumento: con las dimensiones propuestas inicialmente y con las dimensiones obtenidas en el análisis factorial exploratorio. Se obtuvieron diagramas de senderos, donde es posible observar las cargas factoriales de cada ítem y de cada dimensión. Así como los índices de bondad de ajuste: puntuaciones del chi cuadrado relativo, RMSEA, SRMR y CFI. Se compararon ambas versiones y se decidió continuar con la versión obtenida del análisis factorial, ya que presentaba mejores índices de ajuste. Por tanto las nuevas dimensiones del test se renombraron: Percepción negativa del parto, alteración del estado de ánimo, alteración cognitiva que dificulta el apego y alteración del estado de alerta.

Posteriormente, se realizó el análisis de confiabilidad interna utilizando el método de covariación de los ítems, a través del Coeficiente Omega, ya que es un mejor estimador de la confiabilidad en tanto que se decidió realizar un análisis factorial en la presente investigación. Se obtuvieron índices de omega superiores a 0.70 en el puntaje total del test como en las cuatro dimensiones.

En cuanto a la confiabilidad de estabilidad, se realizó mediante el método test-retest, donde se aplicó el instrumento a un mismo grupo de personas en un intervalo de tiempo aproximado de tres semanas, el mismo que fue analizado estadísticamente, obteniendo un coeficiente de correlación de Pearson.

Posteriormente, para la obtención de las normas, se analizó primero si existían diferencias significativas entre las características de la muestra en función del tipo de parto, tipo de establecimiento y grado de instrucción; para esto es necesario saber si la muestra tiene una distribución normal o no, para tal efecto se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, ya que la muestra supera los 50 individuos.

Se encontró que la muestra no tenía una distribución normal, por lo que se decidió aplicar estadísticos no paramétricos como la U de Mann Whitney para el análisis de tipo de parto y tipo de establecimiento; mientras que se aplicó la H de Kruskal-Wallis para el análisis según el grado de instrucción.

Posteriormente se elaboró un baremo general percentilar del instrumento y un baremo específico percentilar por cada condición en relación al grado de instrucción, donde se hallaron diferencias significativas. Los análisis de ítems, confiabilidad de estabilidad, análisis de diferencias significativas y elaboración de baremos fueron realizados con el paquete estadístico SPSS versión 25. Mientras que el análisis factorial confirmatorio y la confiabilidad de consistencia interna se realizó utilizando el programa R.

IV. RESULTADOS

4.1 De la construcción del instrumento

4.1.1. *Modelo teórico explicativo inicial*

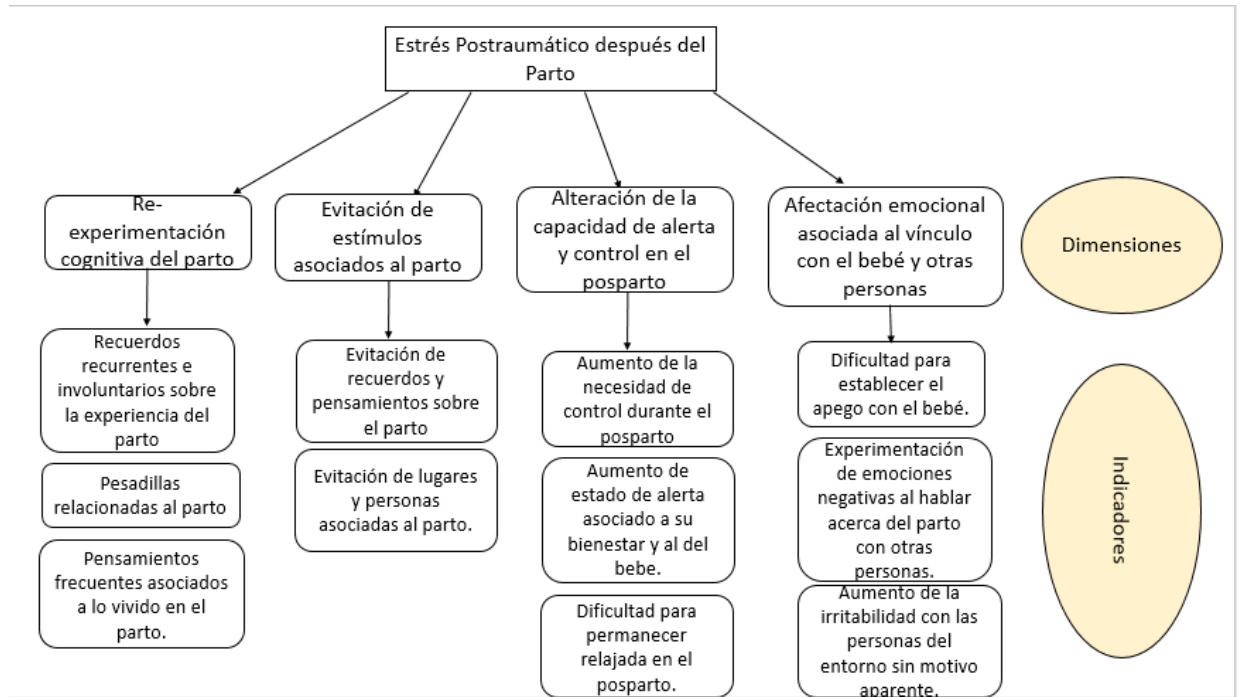
El presente inventario de estrés postraumático después del parto ha sido construido basado en la mirada teórica de Bailham y Joseph (2010) y en los criterios del DSM V (APA, 2013). Considerando ambos aportes, se plantearon, inicialmente, cuatro dimensiones: re-experimentación cognitiva del parto, evitación de estímulos asociados al parto, alteración de la capacidad de alerta u control en el posparto y dificultades de interacción de la diada madre-bebé.

Se toma en cuenta esta mirada teórica para la construcción del presente instrumento porque, además de tomar en cuenta los criterios del DSM V (APA, 2013), que abarcan aspectos emocionales, cognitivos y del estado de alerta, también se presta atención a la dificultad en el vínculo entre la madre y el neonato, el cual se suele presentar cuando existe un problema de salud mental perinatal, como es el caso del trastorno de estrés postraumático después del parto.

En la figura 1, se gráfica la propuesta teórica elegida, inicialmente, para la construcción de este instrumento:

Figura 1

Esquema teórico inicial de las dimensiones de la primera versión del Inventario de estrés postraumático después del parto (Bailham & Joseph, 2010).



4.1.2. Tabla de especificaciones de la Construcción del Instrumento

Para la construcción de esta prueba, se proponen inicialmente un total de 20 ítems en el inventario, distribuidos en las cuatro dimensiones antes señaladas a partir de la revisión de diversos aportes teóricos. Sin embargo, en el proceso de construcción, específicamente en el análisis factorial, se obtiene otro modelo, también de cuatro dimensiones, que agrupa los ítems de manera diferente y que brinda un mejor ajuste estadístico al test, por lo que se decide continuar la obtención de las evidencias psicométricas con la segunda versión del instrumento. A continuación, se presentan las tablas de especificaciones de ambas versiones:

Tabla 3

Tabla de especificaciones de la primera versión del Inventario de estrés postraumático después del parto.

Dimensión	Indicadores	Items
Re-experimentación cognitiva del parto	*Recuerdos recurrentes e involuntarios sobre la experiencia de parto	1, 5, 9, 13
	*Pesadillas relacionadas al parto	
Evitación de estímulos asociados al parto	*Pensamientos frecuentes asociados a lo vivido en el parto	2, 6, 10, 14, 17
	*Evitación de recuerdos y pensamientos sobre el parto.	
Alteración de la capacidad de alerta y control en el posparto	*Evitación de lugares y personas asociadas al parto	3, 7, 11, 15, 18
	*Aumento de la necesidad de control durante el posparto.	
Afectación emocional asociada al vínculo con el bebé y otras personas	*Aumento de estado de alerta asociado a su bienestar y al bebé.	4,8,12,16,19,20
	*Dificultad para permanecer relajada en el posparto.	
	*Dificultad para establecer apego con el bebé.	
	*Experimentación de malestar emocional al hablar acerca del parto con otras personas.	
	*Aumento de la irritabilidad con las personas del entorno sin motivo aparente.	

Tabla 4

Tabla de especificaciones de la segunda versión del Inventario de estrés postraumático después del parto

Dimensión	Indicadores	Items
	*Pensamientos de disconformidad relacionados al parto.	
Percepción negativa del parto	*Evitación de lugares y personas asociadas al parto.	12, 13, 15, 16
	*Presencia de emociones negativas asociadas al recuerdo del parto.	
Alteración del estado de ánimo	*Presencia de tensión emocional. *Aumento de la irritabilidad con las personas del entorno sin motivo aparente.	17, 18, 19
	*Recuerdos recurrentes e involuntarios sobre la experiencia de parto.	
Alteración cognitiva que dificulta el apego	*Pesadillas relacionadas al parto. *Pensamientos de rechazo a temas relacionados con el parto.	2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 14
	*Dificultad para establecer apego con el bebé.	
Alteración del estado de alerta	*Aumento de la necesidad de control durante el posparto. *Aumento de estado de alerta asociado a su bienestar y al bebé.	1, 3, 7

4.2. De las propiedades psicométricas del instrumento

4.2.1. De la validez del instrumento

Validez de contenido.

En relación a la coherencia, se obtuvieron valores iguales y mayores a 0.80 en todos los ítems del inventario, lo que significa que la totalidad de los ítems poseen un alto grado de coherencia en relación al constructo que pretenden medir. El promedio de coherencia en la dimensión de re-experimentación cognitiva del parto es 0.92. Mientras que, la dimensión de evitación de estímulos asociados al parto evidencia un promedio de 0.956. La dimensión de alteración de la capacidad de alerta y control en el posparto tiene un promedio de 0.90. Finalmente, la última dimensión evidencia el promedio más alto equivalente a 0.98.

En cuanto a la relevancia de los ítems todos los reactivos presentaron un alto grado de validez, ya que evidenciaron coeficientes de Aiken iguales y superiores a 0.80. Esto indica que los ítems son esenciales para evaluar el constructo del inventario. En este análisis, la dimensión de re-experimentación cognitiva del parto obtiene un promedio de 1. La segunda y tercera dimensión presentan cada una un promedio de 0.94. Mientras que la última dimensión muestra un promedio de 0.96.

En relación a la suficiencia, es decir, si los ítems resultan suficientes para medir el constructo estrés postraumático después del parto, todos los ítems evidencian un alto grado de validez, siendo sus puntajes iguales o mayores a 80. Específicamente, la primera dimensión evidencia un promedio de 0.95. Mientras que la dimensión de evitación de estímulos asociados al parto presenta un promedio de 0.92. La dimensión de alteración de la capacidad de alerta y control en la posparto evidencia un promedio

de 0.94. Mientras que la dimensión referente a la afectación emocional asociada al vínculo con el bebé y otras personas presenta el promedio más alto, equivalente a 0.966.

Finalmente, en cuanto a la claridad, todos los reactivos tienen valores iguales o mayores a 0.80, lo que indica que los ítems poseen validez lingüística. El promedio de la primera dimensión resulta en 0.95. En cuanto a la dimensión de evitación de estímulos asociados al parto evidencia un promedio de 0.90. La tercera dimensión presenta un promedio de 0.88. La última dimensión presenta como promedio 0.96, siendo esta la más alta entre todas.

A continuación, se presenta la tabla del análisis de la validez de contenido:

Tabla 5*Tabla de validez de contenido usando la “V” de Aiken*

Dimensión	Indicadores	Items	Coherencia	Relevancia	Suficiencia	Claridad
			V	V	V	V
	Recuerdos recurrentes					
	e involuntarios sobre la		0.925			
Re-	experiencia de parto	1		1	0.9	0.9
experimentación	Pesadillas relacionadas					
cognitiva del	al parto	5	0.925	1	0.9	0.9
parto	Pensamientos					
	frecuentes asociados a	9	0.925	1	1	1
	lo vivido en el parto	13	0.90	1	1	1
	Evitación de recuerdos					
Evitación de	y pensamientos sobre	6	0.95	0.90	0.90	0.90
estímulos	el parto.	10	0.98	1	0.90	1
asociados al	Evitación de lugares y					
parto	personas asociadas al	14	0.925	0.90	0.90	0.80
	parto	17	0.95	0.90	0.90	0.80
	Aumento de la					
	necesidad de control	3	0.90	1	1	0.90
	durante el posparto	7	0.80	0.80	0.80	0.80
Alteración de la	Aumento de estado de					
capacidad de	alerta asociado a su	11	0.95	1	1	1
alerta y control	bienestar y al bebé.	15	0.90	0.90	0.90	0.80
en el posparto	Dificultad para					
	permanecer relajada en					
	el posparto.	18	0.925	1	1	0.9

	Dificultad para	4	1	1	1	1
	establecer apego con el	8	1	1	1	1
	bebé.	12	0.98	1	1	1
Afectación	Experimentación de					
emocional	malestar emocional al					
asociada al	hablar acerca del parto					
vínculo con el	con otras personas.	16	0.98	1	1	1
bebé y otras	Aumento de la					
personas	irritabilidad con las					
	personas del entorno	19	0.95	0.90	0.90	0.90
	sin motivo aparente.	20	0.95	0.90	0.90	0.90

Validez de constructo.

Para la validez de constructo, inicialmente se realizó un análisis de ítems, luego un análisis factorial exploratorio y uno confirmatorio para corroborar el modelo. En la tabla 5 se observa que el promedio de las puntuaciones de los ítems oscila entre 0,07 y 0,96; además la asimetría y curtosis se encuentran alejados de los valores entre -0,5 y 0,5 por lo que los ítems no tienden a una distribución normal univariante. Asimismo, los valores de las correlaciones ítem-test son mayores a 0,2 salvo los ítems 11 y 12 que indican deficiencias en estos ítems, por lo que se decide, finalmente eliminar el ítem 11 pues, al eliminarlo, mejora la confiabilidad del test.

En la tabla 6 se observa el análisis de ítems de la segunda versión del test con 19 ítems, y se puede observar la mejora de los puntajes, donde la media o promedio de las puntuaciones de los ítems oscilan entre 0.07 y 0.96, también el grado de dispersión de las puntuaciones con respecto a la media aritmética varía entre 0.294 y 0.765, los coeficientes de asimetría y curtosis indican que los ítems no presentan distribución normal y la correlación ítem-total varía entre 0.314 y 0.482 por lo que todos los ítems tienen un aporte significativo en el cuestionario ($>.30$).

Tabla 6

Análisis de ítems del Inventario de estrés postraumático después del parto (Primera versión)

Ítems	Media	Curtois	Asimetría	Correlación ítem-test	Alfa de cronbach si se elimina el ítem
item1	,41	,970	-,079	,342	,781
item2	,32	1,66	1,655	,438	,775
item3	,82	,254	-,888	,366	,780
item4	,31	1,666	1,764	,390	,778
item5	,07	4,264	19,167	,414	,781
item6	,73	,505	-1,132	,268	,790
item7	,96	,053	-,792	,340	,782
item8	,19	2,483	5,543	,296	,784
item9	,35	1,269	,635	,482	,772
item10	,21	2,108	3,749	,365	,780
item11	,52	,514	-,725	,165	,792
item12	,21	1,754	1,888	,184	,789
item13	,71	,376	-,740	,411	,777
item14	,24	2,198	3,804	,432	,776
item15	,45	,837	-,298	,312	,783
item16	,14	2,777	7,395	,435	,778
item17	,17	2,748	6,817	,451	,776
item18	,61	,463	-,650	,354	,780
item19	,23	1,770	2,209	,400	,778
item20	,33	1,274	,624	,398	,778

Tabla 7

Análisis de ítems del Inventario de estrés postraumático después del parto (Segunda versión)

Ítems	Media	Desviación estándar	Asimetría	Curtosis	Correlación ítem-total	Alfa de cronbach si se elimina el ítem
item1	0.41	0.556	0.970	-0.079	0.354	,784
item2	0.32	0.588	1.660	1.655	0.449	,777
item3	0.82	0.687	0.254	-0.888	0.350	,785
item4	0.31	0.566	1.666	1.764	0.386	,782
item5	0.07	0.294	4.264	19.167	0.419	,784
item6	0.73	0.765	0.505	-1.132	0.369	,793
item7	0.96	0.674	0.053	-0.792	0.326	,787
item8	0.19	0.459	2.483	5.543	0.308	,786
item9	0.35	0.543	1.269	0.635	0.482	,776
item10	0.21	0.463	2.108	3.749	0.364	,783
item11	0.21	0.422	1.754	1.888	0.392	,792
item12	0.71	0.654	0.376	-0.740	0.413	,780
item13	0.24	0.537	2.198	3.804	0.437	,778
item14	0.45	0.575	0.837	-0.298	0.314	,786
item15	0.14	0.376	2.777	7.395	0.438	,781
item16	0.17	0.466	2.748	6.817	0.459	,778
item17	0.61	0.612	0.463	-0.650	0.348	,784
item18	0.23	0.453	1.770	2.209	0.403	,781
item19	0.33	0.524	1.274	0.624	0.393	,781

Posteriormente, al tratarse de un test en construcción, se decidió realizar un análisis factorial exploratorio.

En cuanto al análisis factorial exploratorio, se verificó la adecuación muestral mediante la prueba KMO (Kaiser, Meyer y Olkin), siendo esta adecuada (0.74). Asimismo, la aplicabilidad del análisis factorial se verificó mediante la prueba de esfericidad de Bartlett, teniendo esta un resultado óptimo ($p\text{-valor}=1.200274e-12$). Se usó el criterio de Oblimin directo en la rotación oblícua, y se extrajeron los factores haciendo uso del método de ejes principales. El análisis factorial exploratorio se desarrolló utilizando el porcentaje de la varianza total explicada, además se utilizó el método beta de la regresión múltiple, lo que indicó utilizar cuatro dimensiones, donde se encontraron cuatro factores que explican el 47% de la varianza total explicada.

Tabla 8

Cargas factoriales de los ítems del inventario de estrés postraumático después del parto.

Ítem	F1	F2	F3	F4	h2
13	0.98				1.00
16	0.76				0.72
12	0.63				0.44
15	0.51				0.53
5			0.88		0.86
9			0.57		0.47
4			0.52		0.31
2			0.41		0.32
8			0.40		0.23
11			0.34		0.12
6			0.31		0.11
10			0.29		0.14
14			0.28		0.18
19		0.67			0.53
17		0.48			0.28
18		0.96			0.99
7				0.84	0.71
3				0.76	0.66
1				0.35	0.24

Posteriormente, se procedió a realizar el análisis factorial confirmatorio de ambas versiones del instrumento, para analizar la estructura de los modelos y determinar cual es el más adecuado.

En ese sentido, se observa en el diagrama de senderos del instrumento, presentado en la figura 2, que la primera versión del instrumento presenta un modelo de cuatro dimensiones con cargas factoriales en el constructo que varían entre 0,30 y 0,88.

Asimismo, en la figura 3, se observa que la segunda versión del instrumento presenta un modelo de cuatro dimensiones, donde las cargas factoriales son positivas y más altas, ya que fluctúan entre 0.37 y 0.93, siendo estos valores aceptables y válidos para indicar que los ítems aportan significativamente a la medición del constructo en la población estudiada.

Figura 2

Diagrama de senderos del Inventario de estrés posttraumático después del parto (Primera versión)

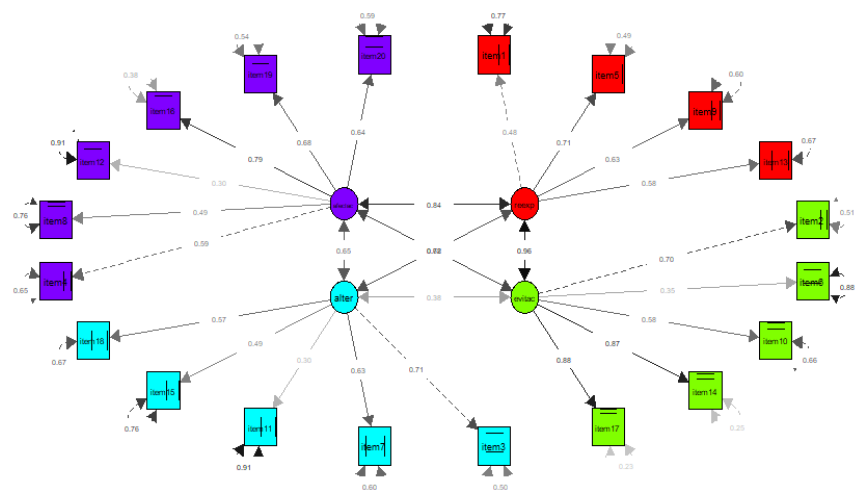
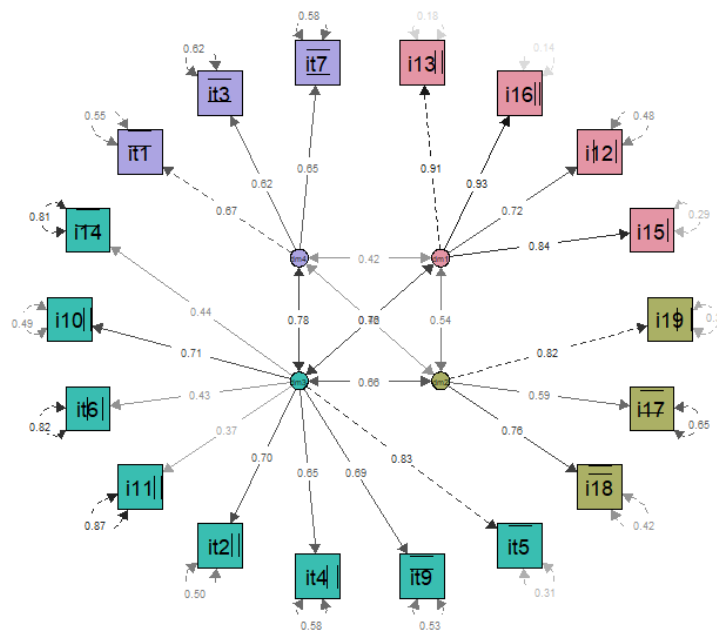


Figura 3

Diagrama de senderos del Inventario de estrés postraumático después del parto (Segunda versión)



Asimismo, en la tabla 9 se muestran los índices de ajuste comparativos del análisis factorial confirmatorio de ambas versiones del test. Para este análisis se utiliza el método de la media ponderada de mínimos cuadrados y varianza ajustada, por tener el cuestionario en escala tipo Likert, además de utilizar la matriz de correlaciones policóricas, la misma que se aplica para medir la relación entre variables ordinales.

En primer lugar, se observa que la Chi cuadrado relativa (χ^2/gf) es menor que 5 en ambos casos, puntuación que se ubica en el rango óptimo. Asimismo, el valor del Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) es igual a 0,06 en la primera versión, lo cual lo ubica en el rango límite de aceptación, mientras que en la segunda versión se obtiene un puntaje aún más adecuado pues se encuentra por debajo del

parámetro 0.06, lo cual indica escaso margen de error del modelo. El índice de ajuste del modelo Confirmatory Fit Index (CFI) es mayor que 0,9, en ambos casos, lo cual también es óptimo por encontrarse cercano al valor 1. Finalmente, el valor Standardized Root Mean Square Residuals (SRMR), hace la diferencia en el análisis de ambas versiones, pues en la primera es mayor que 0,08, lo cual no corresponde a los criterios de buen ajuste. Mientras que, en la segunda versión se obtiene un puntaje de 0.078, el mismo que se ubica dentro de los parámetros recomendados de buen ajuste.

Tabla 9

Tabla comparativa de índices de ajuste del análisis factorial confirmatorio de ambas versiones del Inventario de estrés postraumático después del parto.

Versión	Número de ítems	χ^2 /gl	RMSEA (IC 90%)	CFI	SRMR
Primera versión	20	3.765	0.06 (0.068; 0.071)	0.929	0.093
Segunda versión	19	1.50	0.044 (0.031 – 0.056)	0.983	0.078

A partir de los resultados encontrados, se concluye que la segunda versión de 19 ítems evidencia un mejor ajuste factorial, por tanto, en la tabla 10 se presenta la nueva distribución de los ítems y los nombres de sus dimensiones, la cual configura la versión final del instrumento (Anexo 3).

Tabla 10*Modelo factorial de la segunda versión del Inventario de estrés postraumático después del parto*

Dimensión	Nro de Items	Items
Percepción negativa del parto.	12, 13, 15, 16.	12. Pienso que muchas cosas pudieron hacerse mejor en mi parto. 13. Evito encontrarme con los profesionales que atendieron mi parto. 15. Me siento triste, culpable o avergonzada cada vez que hablo con alguien sobre mi experiencia de parto. 16. Evito frecuentar lugares que me recuerdan mi experiencia de parto.
Alteración del estado de ánimo.	17, 18, 19.	17. Desde que nació mi bebé me siento muy tensa 18. Desde que dí a luz, me siento enfadada sin saber por qué. 19. Después del parto, comencé a discutir mucho con las personas que me rodean.
Alteración cognitiva que dificulta el apego.	2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 14.	2. Quiero olvidar todo lo que pasó el día que dí a luz. 4. Cuando nació mi bebé fue difícil para mí expresarle afecto durante los primeros días. 5. Tengo sueños feos relacionados a mi experiencia de parto. 6. Me niego tajantemente a la posibilidad de experimentar otro parto. 8. Tras el nacimiento del bebé, tuve poco deseo de iniciar la lactancia materna 9. Pienso demasiado en lo que viví durante el parto. 10. Evito involucrarme en conversaciones que tengan que ver con embarazos y partos. 11. Prefiero que alguien más atienda a mi bebe. 14. Me cuesta mucho conciliar el sueño cuando mi bebé duerme.

Alteración del estado de alerta.	1, 3, 7.	1. Recuerdo mi parto insistentemente sin que tenga intención de hacerlo. 3. Desde que nació mi bebé siento la necesidad de controlar absolutamente todo lo que sucede cerca de mí. 7. Necesito que todo a mi alrededor se encuentre en perfecto orden.
----------------------------------	----------	--

4.2.2. De la confiabilidad del instrumento

Confiabilidad por estabilidad a través del método test-retest.

En cuanto a la confiabilidad por estabilidad, se observa en la tabla 11 un valor alto en la correlación de Pearson (0,948), el cual se obtuvo entre las puntuaciones del test y retest. Asimismo, este análisis resulta altamente significativo (0,000); por tanto, el instrumento presenta confiabilidad por estabilidad a través del método del test-retest.

De igual manera, se observan las correlaciones de los puntajes del test y retest por dimensiones del inventario de estrés posttraumático después del parto, donde se observa que todos son superiores a 0.80, lo cual indica una óptima confiabilidad de estabilidad.

Tabla 11

Análisis de confiabilidad por el método test-retest del Inventario de estrés postraumático después del parto.

Dimensiones	Número de ítems	Correlación test-retest	Sig. (bilateral)
Trastorno de estrés postraumático después del parto	19	0.948	,000
Percepción negativa del parto.	4	0.899	,000
Alteración del estado de ánimo.	3	0.804	,000
Alteración cognitiva que dificulta el apego.	9	0.906	,000
Alteración del estado de alerta.	3	0.890	,000

Confiabilidad de consistencia interna por el método de Omega.

En la tabla 12 se observa que el coeficiente Omega general del instrumento es 0,87, lo cual indica que el instrumento es altamente confiable. Asimismo, en el análisis de confiabilidad de consistencia interna de las dimensiones del instrumento, el coeficiente Omega varía entre 0,74 y 0.84, lo cual señala que el instrumento posee una confiabilidad adecuada por consistencia interna.

Tabla 12

Consistencia interna del inventario de estrés postraumático después del parto usando Omega

Variable/Dimensiones	Número de ítems	Omega
Trastorno de estrés postraumático después del parto	19	0.87
Percepción negativa del parto.	4	0.84
Alteración del estado de ánimo.	3	0.74
Alteración cognitiva que dificulta el apego.	9	0.76
Alteración del estado de alerta.	3	0.77

4.3. Elaboración de normas

4.3.1. Análisis de las diferencias significativas para la elaboración de normas:

Análisis de normalidad

Para establecer las diferencias entre las puntuaciones, primero se analiza si estas presentan distribución normal, por eso se aplica la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov cuyo valor del p-valor (Sig.) es menor que 0,05 evidenciándose que las puntuaciones del estrés postraumático después del parto no tienden a una distribución normal. Por tal razón, se decide el uso de pruebas no paramétricas para

realizar la hipótesis de las diferencias entre medias; específicamente la prueba U de Mann-Whitney es utilizada para analizar las diferencias de dos muestras independientes, es decir: según tipo de parto y según tipo de establecimiento. Mientras que para analizar las diferencias según grado de instrucción se hace uso de la prueba H de Kruskal-Wallis. A continuación, se presenta el análisis en la tabla 13:

Tabla 13

Prueba de normalidad de las puntuaciones del inventario de estrés postraumático después del parto

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Total	,129	677	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Análisis de diferencias según tipo de parto.

En la tabla 14 según la prueba U de Mann -Whitney se muestra que no existe diferencia significativa entre las puntuaciones del estrés postraumático después del parto, según de tipo de parto, por tener el p-valor (Sig.) mayor que 0,05. Por lo que es posible señalar que la condición del tipo de parto es independiente al grado de estrés postraumático después del parto en la población estudiada.

Tabla 14

Prueba de diferencia de las puntuaciones del inventario de estrés postraumático después del parto, según tipo de parto

		Rangos		
	Tipo de parto	N	Rango promedio	Suma de rangos
	vaginal	343	338.72	116182.50
Total	cesárea	334	339.28	113320.50
	Total	677		

Estadísticos de prueba

	Total
U de Mann-Whitney	57186.500
Sig. asintótica(bilateral)	.970

Análisis de diferencias según tipo de establecimiento

En la tabla 15 según la prueba U de Mann -Whitney se muestra que no existe diferencia significativa entre las puntuaciones del estrés postraumático después del parto según establecimiento, por tener el p-valor (Sig.) mayor que 0,05. Por tanto, se señala que la condición del tipo de establecimiento es independiente al grado de estrés postraumático después del parto en la población estudiada.

Tabla 15

Prueba de diferencia de las puntuaciones del inventario de estrés postraumático después del parto, según establecimiento

		Rangos		
	Establecimiento	N	Rango promedio	Suma de rangos
	Publico	358	351.91	125983.50
Total	Privado	319	324.51	103519.50
	Total	677		

Estadísticos de prueba

	Total
U de Mann-Whitney	52479.5
Sig. asintótica(bilateral)	.068

Análisis de diferencias según grado de instrucción

En la tabla 16 según la prueba H de Kruskal-Wallis se muestra que existe diferencia significativa entre las puntuaciones del estrés postraumático después del parto según nivel de instrucción, por tener el p-valor (Sig.) mayor que 0,05. Por tanto, se observa que mientras menor sea el grado de instrucción, se evidencian niveles más altos de estrés postraumático después del parto en la población estudiada.

Tabla 16

Prueba de diferencia de las puntuaciones del inventario de estrés postraumático después del parto, según nivel de instrucción

Rangos			
	Nivel instrucción	N	Rango promedio
Total	Ninguno	4	447.75
	Escolar	273	370.5
	Superior	400	316.42
	Total	677	
Estadísticos de prueba			
			Total
H de Kruskal-Wallis			13.744
Sig. asintótica			,001

4.3.2 De los Baremos Percentilares

Baremo General.

En la tabla 17 se muestra el baremo general del inventario de estrés postraumático después del parto. Este baremo debe usarse cuando no sea posible conocer el grado de instrucción de las personas evaluadas, ya que, según las diferencias significativas halladas en relación a las puntuaciones del inventario de estrés postraumático después de parto, para este grupo se han elaborado baremos específicos que se presentan posteriormente. Por otro lado, se observa en la presentación de baremos percentilares que la tercera dimensión del atributo que hace referencia a la alteración de la capacidad

de alerta y control en el posparto se encuentra más normalizada que el resto de dimensiones entre las personas evaluadas.

Tabla 17

Baremos percentilares generales del Inventario de estrés postraumático después del parto

	Estrés postraumático	dimen1	dimen2	dimen3	dimen4
	5	2	0	0	0
	10	3	0	0	0
	15	3	0	0	1
	20	4	0	0	1
	25	4	0	0	1
	30	5	0	0	1
	35	5	0	0	2
	40	6	1	1	2
	45	7	1	1	2
Percentiles	50	7	1	1	2
	55	8	1	1	3
	60	8	1	1	3
	65	9	1	1	3
	70	9	1	2	4
	75	10	2	2	4
	80	11	2	2	4
	85	12	2	2	5
	90	14	3	3	6
	95	17	4	3	8
	99	25	7	5	11

Nota: dim1= Percepción negativa del parto, dim2= Alteración del estado de ánimo, dim3= Alteración cognitiva que dificulta el apego, dim4= Alteración del estado de alerta.

Baremos según nivel de instrucción.

Al encontrarse diferencias significativas en las puntuaciones del inventario de estrés postraumático después del parto según el grado de instrucción, los baremos se han determinado en tres condiciones siendo: Sin instrucción (Tabla 18), Nivel escolar de instrucción (Tabla 19) y Nivel superior de instrucción (Tabla 20).

Tabla 18

Baremos percentilares del Inventario de estrés postraumático después del parto, para población sin instrucción

Nivel de instrucción (ninguno)	Estrés postraumático	dimen1	dimen2	dimen3	dimen4
5	7	0	0	2	2
10	7	0	0	2	2
15	7	1	0	2	2
20	7	1	0	2	2
25	7	1	0	2	2
30	7	1	0	2	2
35	7	1	1	2	2
40	8	1	1	3	3
45	8	1	1	3	3
Percentiles 50	8	1	1	3	3
55	8	1	1	3	3
60	8	1	2	3	4
65	8	1	2	3	4
70	9	1	2	3	4
75	10	1	3	3	4
80	.	1	.	.	.
85	.	1	.	.	.
90	.	1	.	.	.
95	.	1	.	.	.
99	.	1	.	.	.

Nota: dim1= Percepción negativa del parto, dim2= Alteración del estado de ánimo, dim3= Alteración cognitiva que dificulta el apego, dim4= Alteración del estado de alerta.

Tabla 19

Baremos percentilares del Inventario de estrés postraumático después del parto, según nivel escolar de instrucción

Nivel de instrucción (escolar)	Estrés postraumático	dimen1	dimen2	dimen3	dimen4
1	1	0	0	0	0
5	2	0	0	0	0
10	3	0	0	0	1
15	4	0	0	1	1
20	4	0	0	1	1
25	5	0	0	1	1
30	5	0	0	2	2
35	6	1	0	2	2
40	6	1	1	2	2
45	7	1	1	3	2
Percentiles 50	7	1	1	3	2
55	8	1	1	3	2
60	8	1	1	3	3
65	9	1	1	4	3
70	10	1	2	4	3
75	10	2	2	4	3
80	11	2	2	5	3
85	12	3	2	6	4
90	14	4	3	7	4
95	17	4	3	8	4
99	27	8	5	11	5

Nota: dim1= Percepción negativa del parto, dim2= Alteración del estado de ánimo, dim3= Alteración cognitiva que dificulta el apego, dim4= Alteración del estado de alerta.

Tabla 20

Baremos percentilares del Inventario de estrés postraumático después del parto, según nivel superior de instrucción

Nivel de instrucción (superior)	Estrés postraumático	dimen1	dimen2	dimen3	dimen4
1	0	0	0	0	0
5	1	0	0	0	0
10	2	0	0	0	0
15	3	0	0	1	0
20	3	0	0	1	1
25	4	0	0	1	1
30	4	0	0	1	1
35	5	0	0	1	1
40	5	1	1	2	2
45	6	1	1	2	2
Percentiles	50	1	1	2	2
	55	1	1	2	2
	60	1	1	2	2
	65	1	1	3	3
	70	1	2	3	3
	75	2	2	3	3
	80	2	2	4	3
	85	2	2	4	4
	90	3	3	5	4
	95	5	3	7	5
	99	7	5	11	6

Nota: dim1= Percepción negativa del parto, dim2= Alteración del estado de ánimo, dim3= Alteración cognitiva que dificulta el apego, dim4= Alteración del estado de alerta.

4.3.3. Criterios para obtener las categorías del atributo

Teniendo en cuenta la distribución percentilar, es posible determinar las condiciones de ausencia y presencia del estrés postraumático después del parto. Asimismo, cabe señalar que el presente instrumento identifica el atributo en términos

de intensidad, por lo que resulta útil para identificar el estrés postraumático después del parto teniendo en cuenta la frecuencia con la que se presentan los indicadores expresados en los ítems. En ese sentido, Pita y Pértega (2001) y Aragón (2004) señalan que es posible identificar la presencia y ausencia del atributo teniendo en cuenta los puntos de corte en los percentiles, donde antes del percentil 50 no existe el atributo, y a partir del percentil 75 podríamos identificar intensamente el atributo evaluado.

Por tanto, en la tabla 21 se presentan las categorías del estrés postraumático después del parto que se pueden obtener a partir del presente instrumento.

Tabla 21

Categorías del estrés postraumático después del parto

Categoría	Percentil
Ausencia de estrés postraumático después del parto	0-45
Leve estrés postraumático después del parto	50-70
Intenso estrés postraumático después del parto	De 75 a más

En cuanto a las categorías presentadas, a continuación, se indica qué implica cada categoría en cuanto a sus indicadores.

Tabla 22

Indicadores que corresponden a cada categoría del estrés postraumático después del parto

Categoría	Indicadores
Ausencia de estrés postraumático después del parto	<ul style="list-style-type: none">*Ausencia de percepción negativa de la experiencia del parto.*Estado de ánimo estable.*Ausencia de pensamientos negativos asociados al parto que interfieran con el establecimiento del vínculo madre-bebé.*Estado de alerta y necesidad de control asociado al cuidado en el posparto sin que signifique una alteración de su bienestar integral.*Presencia percepción negativa de la experiencia del parto.*Estado de ánimo alterado.
Leve estrés postraumático después del parto	<ul style="list-style-type: none">*Presencia esporádica de pensamientos negativos asociados al parto que interfieran con el establecimiento del vínculo madre-bebé.*Estado de alerta y necesidad de control alterado esporádicamente.*Presencia recurrente de percepción negativa de la experiencia del parto.
Intenso estrés postraumático después del parto	<ul style="list-style-type: none">*Estado de ánimo recurrentemente inestable.*Presencia recurrente de pensamientos negativos asociados al parto que interfieran con el establecimiento del vínculo madre-bebé.*Estado de alerta y necesidad de control alterado recurrentemente.

V. DISCUSIÓN

En la presente discusión se aborda en cada uno de los párrafos los objetivos propuestos inicialmente para la presente investigación. De esta manera, en primer lugar, es importante señalar que la propuesta teórica de Bailham y Joseph (2010), que ha sido utilizada inicialmente como base para la construcción del instrumento de la presente investigación ha sido una referencia inicial importante, sin embargo, en el presente estudio se encontró un modelo factorial más apropiado para la construcción del instrumento. Por lo que se determina que las dimensiones del inventario de estrés postraumático (TEPT-PAR), finalmente son: percepción negativa del parto, alteración del estado de ánimo, alteración cognitiva que dificulta el apego y alteración del estado de alerta, estas dimensiones están alineadas con los aportes teóricos mencionados por el DSM-V (APA, 2013), Bailham y Joseph (2010) y Dekel et al. (2017) con respecto a los criterios asociados a la presencia de estrés postraumático después del parto.

En cuanto al análisis de ítems, en la primera versión del instrumento, con veinte ítems, se encontró que algunos valores de las correlaciones ítem-test eran inferiores a 0,20, como era el caso de los ítems 11 y 12. Por tanto, se decidió tener en cuenta el análisis de confiabilidad y de cargas factoriales, y finalmente se optó por eliminar el ítem 11. En el nuevo análisis de ítems, todos los valores de la correlación ítem-test eran superiores a 0,30, lo cual se interpreta como correlaciones aceptables según los estudios de Albarrán et al. (2018), Obando (2017) y Ventura y Caycho (2016). Este criterio indica que los ítems miden el constructo que el instrumento pretende evaluar.

En relación a la validez de contenido, se encontraron puntuaciones mayores a 0.80 en el coeficiente de V de Aiken en cada uno de los criterios estudiados: coherencia, relevancia, claridad y suficiencia. (Agregar 10 jueces). Por lo que los ítems evidencian

en su totalidad un grado aceptable y alto de validez, ya que son próximos al valor 1, tal como señalan los estudios psicométricos realizados por Robles (2018), Moscoso y Merino (2017), Ibarra-Piza et al. (2018) y Boluarte y Tamari (2017). Asimismo, Di et al. (2017) realizaron una validación psicométrica del cuestionario perinatal de estrés postraumático en China y obtuvieron una alta validez de contenido, pues el coeficiente de V de Aiken también fue cercano a 1.

En cuanto a la validez de constructo, se realizó inicialmente un análisis factorial exploratorio, donde se halló un modelo de cuatro factores, donde los ítems se reagruparon de manera diferente a la propuesta inicialmente a partir de la revisión teórica. Por tanto, se procedió a analizar ambos modelos haciendo un análisis factorial confirmatorio, donde los resultados obtenidos confirman un mejor ajuste estadístico de la segunda versión del instrumento, ya que los índices de ajuste: chi cuadrado relativo, RMSEA, SRMR y CFI se encuentran dentro de los parámetros óptimos. En los trabajos de Santos (2017), Yucel, Ergin, Orgun, Gokcen y Eser (2020) y Moral (2020) también se llevaron a cabo análisis factoriales confirmatorios teniendo en cuenta los mismos criterios para evaluar la bondad de ajuste de sus modelos factoriales obtenidos. Asimismo, cabe señalar que Ayers et al., (2018) realizaron un análisis factorial exploratorio de su instrumento para evaluar el estrés postraumático después del parto y detectaron dos factores: síntomas relacionados con el nacimiento y síntomas generales. Mientras que, Di et al. (2017) en la estandarización del cuestionario perinatal de estrés postraumático en China realizaron un análisis factorial exploratorio y detectaron tres factores: hiperactividad, evitación e intrusión. Ambos instrumentos siguieron solamente los criterios propuestos por el DSM-V (APA, 2013).

En relación a la confiabilidad del instrumento por el método test-retest, se obtuvo un coeficiente de correlación de 0.948, lo que indica que el presente inventario de estrés postraumático después del parto es altamente confiable en cuanto a su estabilidad en el tiempo. En ese sentido, los resultados del presente estudio superan a los presentados por Di et al. (2017) quienes obtuvieron una confiabilidad por el método test-retest de 0.88 del cuestionario perinatal de estrés postraumático.

Asimismo, se estudió la confiabilidad de consistencia interna del presente instrumento, donde se obtuvo un coeficiente de omega de 0.87, el mismo que al ser superior a 0.70, afirma que el inventario de estrés postraumático después del parto es altamente confiable (Salazar & Serpa, 2017). En ese sentido, se hallaron resultados similares en los trabajos de Callahan et al. (2006), y Komurcu y Durak (2020) quienes adaptaron el cuestionario perinatal de estrés postraumático (PPQ-II) en dos países diferentes, y encontraron puntajes altos (> 0.80) en sus estudios de confiabilidad por consistencia interna.

En relación al análisis de las diferencias significativas, en la presente investigación no se hallaron diferencias según el tipo de establecimiento concurrido para dar a luz, así como tampoco se hallaron diferencias según el tipo de parto. Estos resultados se contrastan con lo hallado por Dekel et al. (2019a), quienes hallaron que 685 mujeres en Estados Unidos que habían dado a luz por cesáreas tenían más probabilidad de presentar estrés postraumático después del parto; lo cual pone de manifiesto una diferencia a nivel contextual y de atención sanitaria.

Asimismo, en el presente estudio se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones según el grado de instrucción de las participantes, donde las mujeres con menos escolaridad tenían más probabilidades de presentar puntajes elevados en la

evaluación de estrés postraumático después del parto. Estos resultados son similares a los hallados por Masías y Arias (2018) en Arequipa, donde encontraron que las mujeres con bajo nivel de instrucción presentaban mayor prevalencia de depresión posparto.

Por otro lado, se observa que la población evaluada sin instrucción tiende a presentar puntuaciones más elevadas en las dimensiones de alteración cognitiva que dificulta el apego y alteración del estado de alerta, esto puede darse debido a la menor cantidad de recursos intelectuales con los que cuentan las personas sin instrucción para hacer frente a experiencias traumáticas (Contreras et al., 2021). Asimismo, otra explicación hipotética estaría en la historia vincular previa de estas madres, que, al tener bajo nivel de instrucción, probablemente también hayan tenido infancias complicadas y caracterizadas por una base de apego insegura (Steele et al., 2014). Finalmente, cabe señalar que se deben tener en cuenta las limitaciones socio-culturales del presente instrumento, por lo que es importante considerar las características de las personas que se pretende evaluar, procurando que las características demográficas y socio-culturales sean similares a las de la muestra estudiada en esta investigación.

VI. CONCLUSIONES

En base a los hallazgos obtenidos tras la elaboración del instrumento, recolección de datos y análisis pertinente, se concluye que:

- Se construyó el Inventario de estrés postraumático después del parto en Lima-Perú, el cual consta de 19 ítems en su versión final y tiene una estructura de cuatro dimensiones: percepción negativa del parto, alteración del estado de ánimo, alteración cognitiva que dificulta el apego y alteración del estado de alerta.
- En cuanto a la validez de contenido, el inventario de estrés postraumático después del parto evidencia una adecuada validez de contenido con puntajes de V de Aiken superiores a 0.80 en las categorías de relevancia, claridad, suficiencia y coherencia.
- En relación a la validez de constructo, el inventario de estrés postraumático después del parto en Lima-Perú evidencia valores aceptables en las correlaciones ítem-test (superiores a 0.30). Por tanto, de manera general el inventario logra medir a través de sus ítems el atributo estrés postraumático después del parto.
- En relación a la validez de constructo, mediante el método de análisis factorial exploratorio y luego confirmatorio, se demuestra que la segunda versión del inventario de estrés postraumático después del parto evidencia una adecuada validez de constructo, ya que los índices de bondad de ajuste se encuentran dentro de los parámetros óptimos.
- En cuanto a la confiabilidad por estabilidad, el inventario de estrés postraumático evidencia una alta confiabilidad por el método test-retest ya que se obtuvo una correlación de Pearson de 0.948.

- En cuanto a la confiabilidad de consistencia interna, el inventario de estrés postraumático después del parto demuestra ser altamente confiable con un coeficiente de omega de 0.87.
- No se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones del inventario de estrés postraumático después del parto según el tipo de parto: vaginal o cesárea, ni según el tipo de establecimiento: público o privado. Por lo que se elaboró un baremo percentilar general.
- Se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones del inventario de estrés postraumático después del parto según el grado de instrucción de las participantes, por lo que se establecieron baremos percentilares acorde a cada condición: sin instrucción, con nivel escolar de instrucción, y con nivel superior de instrucción.

VII. RECOMENDACIONES

- Tener en cuenta al momento de la aplicación del presente instrumento sus limitaciones socio-culturales, por lo que se sugiere que las características socio-demográficas y culturales de las personas que sean evaluadas con este instrumento tengan similitud con las características de la muestra del presente estudio.
- Realizar estudios de validación de la presente prueba en diferentes poblaciones urbanas y rurales, con la finalidad de obtener datos válidos y confiables para los distintos grupos poblacionales.
- Realizar estudios de validación de la presente prueba teniendo en cuenta los diversos estratos socio-económicos para obtener información más específica sobre cada grupo.
- Utilizar el presente inventario de estrés postraumático después del parto para la realización de estudios posteriores de tipo descriptivos y correlacionales en la población peruana.
- Se sugiere que las personas evaluadas con el presente instrumento que obtengan como resultados puntajes que las ubiquen en la categoría leve estrés postraumático después del parto tengan acceso a atención psicológica inmediata para monitorear y prevenir la aparición más intensa del cuadro.
- En caso las personas evaluadas con el presente instrumento obtengan como resultados puntajes que las ubiquen en la categoría de intenso estrés postraumático después del parto deben recibir un tratamiento integral, de preferencia por un equipo multidisciplinario especializado conformado por:

psicólogo perinatal, psiquiatra perinatal, asesora de lactancia, pediatra y puericultora de ser el caso.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdul-Hamid, W. (2017). PTSD following childbirth, can it be prevented and can it be treated? A case report [PTSD following childbirth, can it be prevented and can it be treated? A case report]. *Biomedical: Journal of Scientific y Technical Research*, 1(3), 710-712. doi: 10.26717/BJSTR.2017.01.000283
- Albarrán, V., Geldres, V., Paredes, P., Ramirez, O., Ruiz, F., y Palomino, J. (2018). Validación de la batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial. *Horizonte Médico*, 18(1), 59–67.
<https://doi.org/10.24265/horizmed.2018.v18n1.09>
- American Psychiatric Association (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV*. Barcelona, España: Masson.
- American Psychiatric Association. (1980). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III*. España: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. Estados Unidos: APA.
- Aragón, L. (2004). Fundamentos psicométricos en la evaluación psicológica. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 7(4), 23-43.
<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol7num4/Art3-2005-1.pdf>

Ayers, S. (2017). Birth trauma and post-traumatic stress disorder: the importance of risk and resilience [Trauma del nacimiento y trastorno por estrés postraumático: la importancia del riesgo y la resiliencia]. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(5), 427-430. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1386874>

Ayers, S., McKenzie-McHarg, K., Joseph, S., & Wijma, K. (2008). Post – traumatic stress disorder following childbirth: Current issues and recommendations for future search [Trastorno de estrés postraumático después del parto: problemas actuales y recomendaciones para futuras búsquedas]. *Journal of Psychosomatic obstetrics y gynecology*, 29(4), 240-250. <https://doi.org/10.1080/01674820802034631>

Ayers, S., Wright, D., & Thornton A. (2018). Development of a measure of postpartum PTSD: The city birth trauma scale [Desarrollo de una medida del TEPT posparto: la escala de trauma de nacimiento de la ciudad]. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 409. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00409>

Bailham, D., & Joseph, S. (2010). Post – traumatic stress following childbirth: a review of the emerging literature and directions for research and practice [Estrés postraumático después del parto: una revisión de la literatura emergente y direcciones para la investigación y la práctica]. *Psychology, Health y Medicine*, 8(2), 159-168. <https://doi.org/10.1080/1354850031000087537>

- Ballard, C., Stanley, A., & Brockington, I. (1995). Posttraumatic stress disorder (PTSD) after childbirth [Posttraumatic stress disorder (PTSD) after childbirth]. *British Journal of Psychiatry*, 166(4), 525-528. <https://doi.org/10.1192/bjp.166.4.525>
- Beck, C. (2004). Post-Traumatic Stress Disorder Due To Childbirth – The Aftermath [Trastorno de estrés postraumático debido al parto: secuelas]. *Nursing Research*, 53(4), 216 – 224. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15266160>
- Beck, C., & Watson, S. (2008). Impact of birth trauma on breastfeeding. A tale of two pathways [Impacto del trauma del nacimiento en la lactancia. Una historia de dos caminos]. *Nursing Research*, 57, 228 – 236. doi: 10.1097/01.NNR.0000313494.87282.90
- Boluarte, A. y Tamari, K. (2017). Validez de contenido y confiabilidad inter-observadores de Escala Integral Calidad de Vida. *Revista de Psicología (PUCP)*, 35(2), 641-666. <https://dx.doi.org/10.18800/psico.201702.009>
- Contreras, J., Quintana, A., y Yacchi, A. (2021). *Aspectos clínicos y factores asociados al estrés postraumático en pacientes adultos de tres ciudades de la sierra peruana, octubre 2021*. Universidad Peruana Cayetano Heredia. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/10077/Aspectos_ContrerasRodriguez_Jimena.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Callahan, J., Borja, S., y Hyman, M. (2006). Modification of the Perinatal PTSD Questionnaire to enhance clinical utility [Modificación del Cuestionario de TEPT perinatal para mejorar la utilidad clínica]. *J Perinatol* 26, 533–539. <https://doi.org/10.1038/sj.jp.7211562>

Cantoni, N. (2009). Técnicas de muestreo y determinación del tamaño de la muestra en investigación cuantitativa. *Revista argentina de humanidades y ciencias sociales*, 7(2), 3 – 5. https://www.sai.com.ar/metodologia/rahycs/rahycs_v7_n2_06.htm

Davies, J., Slade, P., Wright, I., & Stewart, P. (2008). Posttraumatic stress symptoms following childbirth and mothers' perceptions of their infants [Síntomas de estrés postraumático después del parto y percepción de las madres sobre sus bebés]. *Infant Ment Health Journal*, 29(6), 537–54. doi: 10.1002/imhj.20197

De Alencar, V., & De Lucena, F. (2017). Avaliação de cesáreas na maternidade escola Assis Chateaubriand utilizando o sistema de classificação de Robson em dez grupos [Evaluación de cesáreas en la escuela de maternidad Assis Chateaubriand utilizando el sistema de clasificación de Robson en diez grupos]. *Revista de Medicina da UFC*, 57(1), 25-29. <http://dx.doi.org/10.20513/2447-6595.2017v57n1p25-29>

Dekel, S., Ein-Dor, T., Berman, Z., Barsoumian, I., Agarwal, S., & Pitman, R. (2019a). Delivery mode is associated with maternal mental health following childbirth [El

modo de parto está asociado con la salud mental materna después del parto]. *Archives of women's mental health*, 22, 817–824. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00968-2>

Dekel, S., Stuebe, C., & Dishy, G. (2017). Childbirth induced posttraumatic stress syndrome: a systematic review of prevalence and risk factors [Síndrome de estrés postraumático inducido por el parto: una revisión sistemática de la prevalencia y los factores de riesgo]. *Frontiers in Psychology*, 8, 560-572. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00560>

Dekel, S., Thiel, F., Dishy, G., & Ashenfarb, A. (2019b). Is childbirth- induced PTSD associated with low maternal attachment? [¿PTSD inducido por el parto asociado con un apego materno bajo?]. *Archives of women's mental health*, 22(1), 119 – 122. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0853-y>

DeMier, R., Hynan, M., Harris, H. & Manniello, R. (1996). Perinatal stressors as predictors of symptoms of posttraumatic stress in mothers of infants at high risk. *J Perinatol*, 16(4), 276-80. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8866297/>

Di, Z., Jun, Z., Quan, G., Qiaoling, W., Nian, F., Rong, Z., & Yayun, S. (2017). Validating the psychometric characteristics of the perinatal posttraumatic stress disorder questionnaire (PPQ) in a Chinese context [Validación de las características psicométricas del cuestionario de trastorno de estrés postraumático

perinatal (PPQ) en un contexto chino]. *Archives of psychiatric nursing*, 32(1), 57-61. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.09.016>

Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., & Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography [Percepciones y experiencias de las mujeres de un parto traumático: una metaetnografía]. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 2142-2153. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x>

Espada, M., Fernández, M. y Calero, J. (2019). Validación de la versión española del Cuestionario de uso y percepción del espectro de estilos de enseñanza en Educación Física. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 24(80), 271 – 285.

https://www.researchgate.net/publication/332014080_Validacion_de_la_version_espanola_del_Cuestionario_de_uso_y_percepcion_del_espectro_de_estilos_de_ensenanza_en_Educacion_Fisica?enrichId=rgreq-b9623f5419ee3758cf2a350f990df84d-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzMzMjAxNDA4MDtBUzo3NDA5OTQ0MjUzMMDwNDJAMTU1MzY3ODI0NjIzNA%3D%3D&el=1_x_3y_esc=publicationCoverPdf

Fenech, G., & Thomson, G. (2014). Tormented by ghosts from their past: a meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being [Tormented by ghosts from their past: a meta-synthesis to explore the

psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being]. *Midwifery*, 30(2), 185–93. doi: 10.1016/j.midw.2013.12.004

González, J., Carvajal, C. & Viveros, F. (2016). Coeficientes edumétricos para la validez y dificultad de un test: Propuesta [Coeficientes edumétricos para la validez y dificultad de una prueba: Propuesta]. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, 42(3), 467-481. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052016000400025>

González, M. (2016). *Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, mayo 2016*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/5685>

Hernández-Sampieri, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill Interamericana.

Hidalgo-Montesinos, M. y French, B. (2016). Una introducción didáctica a la teoría de respuesta al ítem para comprender la construcción de escalas. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(2), 13-21. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5590670>

Ibarra-Piza, S., Segredo-Santamaría, S., Juárez-Hernández, L. y Tobón, S. (2018). Estudio de validez de contenido y confiabilidad de un instrumento para evaluar la

metodología socioformativa en el diseño de cursos. *Espacios*, 39(53), 24.

<http://www.revistaespacios.com/cited2017/cited2017-24.html>

Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. (30 de septiembre 2019). *Parto traumático y trastorno de estrés postraumático pos parto: no siempre es depresión posparto.*

<https://saludmentalperinatal.es/parto-traumatico-trastorno-de-estres-postraumatico-posparto-no-siempre-es-depresion-posparto/>

King, L., McKenzie, K., & Horsch, A. (2017). Testing a cognitive model to predict posttraumatic stress disorder following childbirth [Prueba de un modelo cognitivo para predecir el trastorno de estrés postraumático después del parto]. *BMC Pregnancy and childbirth*, 17(1), 1-12. doi: 10.1186/s12884-016-1194-3

Komurcu, B., & Durak, A. (2020). Anne Bebek Temas Engelleri Ölçeği (ABTEÖ): Geliştirilmesi ve Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi [Temas de Anne Bebek Engelleri Ölçeği (ABTEÖ): Geliştirilmesi ve Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi]. *Research*, 12, 235 – 254. <https://doi.org/10.18863/pgy.789071>

Lipa, F. (2014). *Depresión posparto en puérperas primíparas y múltíparas del establecimiento de Salud I-3 José Antonio Encinas, Puno 2014.* (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Del Altiplano.

<http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/2794>

Macías, D. (2018). *Un tour en psicometría*. (Tesis de Pregrado). Universidad Cooperativa de Colombia.

<https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/11461>

Maciel, L., Costa, J., Campor, G., Santos, N., Melo, R. y Diniz, L. (2019). Transtorno mental no puerpério: riscos e mecanismos de enfrentamento para a promoção da saúde [Transtorno mental no puerpério: riscos e mecanismos de enfrentamento para a promoção da saúde]. *Rev Fun Care Online*, 11(4), 1096-1102.

<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.1096-1102>

Masías, M. y Arias, W. (2018). Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú. *Revista Médica Herediana*, 29(4), 226 – 231.

<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i4.3447>

Montero, I. y León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(3), 503-508. http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-53.pdf

Moral, J. (2020). Modelo predictivo de conducta de infidelidad sexual entre personas casadas. *CienciaUAT*, 15(1), 99-116.

<https://doi.org/10.29059/cienciauat.v15i1.1383>

- Moscoso, M. y Merino, C. (2017). Construcción y validez de contenido del Inventario de Mindfulness y Ecuanimidad: una perspectiva iberoamericana. *Mindfulness & Compassion*, 2(1), 9-16. <https://doi.org/10.1016/j.mincom.2017.01.001>
- Muñiz, J. (2010). Las teorías de los tests: Teoría clásica y teoría de la respuesta a los ítems. *Papeles del psicólogo*, 31(1), 57-66. <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1796.pdf>
- Muñiz, J. y Fonseca-Pedrero, E. (2019). Diez pasos para la construcción de un test. *Psicothema*, 31(1), 7-16. <http://www.psicothema.es/pdf/4508.pdf>
- Nakic, S., Sawyer, A., Ayers, S., & Burn, E. (2018). Coping styles associated with post-traumatic stress and depression symptoms following childbirth in Croatian women [Estilos de afrontamiento asociados con el estrés postraumático y los síntomas de depresión después del parto en mujeres croatas]. *Psihologijske teme*, 27(3), 543 – 559. <https://doi.org/10.31820/pt.27.3.10>
- Nicholls, K., & Ayers, S. (2007). Childbirth-related post-traumatic stress disorder in couples: a qualitative study [Trastorno de estrés postraumático relacionado con el parto en parejas: un estudio cualitativo]. *Br J Health Psychol*, 21(4), 491–509. doi: 10.1348/135910706X120627
- Obando, A. (2017). *Propiedades psicométricas de la Escala de Afrontamiento para Niños de educación primaria de colegios públicos en la ciudad de Trujillo*. (Tesis

de licenciatura). Universidad Cesar Vallejo.

<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/692>

Oficina General de Estadística e Informática del Ministerio de Salud. (30 de abril del 2019). Re: Estadísticas de estrés postraumático y trastornos mentales y del Comportamiento asociados al Puerperio durante el 2018 [Mensaje en una lista de correos electrónicos].

<https://outlook.live.com/mail/search/id/AQQkADAwATYwMAItYzEyMy0yNWzLTAAwAi0wMAoAEACTkwDNC2m7Rx%2B1xnoNv2YKVA%3D%3D>

Parfitt, Y., & Ayers, S. (2009). The effect of post-natal symptoms of post-traumatic stress and depression on the couples relationship and parent-baby bond [El efecto de los síntomas posnatales de estrés postraumático y depresión en la relación de pareja y el vínculo entre padres e hijos]. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(2), 127 – 142. <https://doi.org/10.1080/02646830802350831>

Pasquali, L. (2009). *Psicometria: Teoria dos testes na Psicologia e na Educação* [Psicometría: teoría de las pruebas en psicología y educación]. Brasil: Vozes.

Pita, S. y Pértega, S. (2001). *Estadística descriptiva de los datos*. <https://www.fisterra.com/mbe/investiga/10descriptiva/10descriptiva.asp>

Poote, A., & McKenzie-McHarg, K. (2015). The experience of PTSD following childbirth [La experiencia del trastorno de estrés postraumático después del parto].

Journal of Health Visiting, 3(2), 92 – 98.
<https://doi.org/10.12968/bjmh.2015.4.3.122>

Rennó, J., Pires, J., Ribeiro, H., Cantilino, A., Rocha, R., De Almeida, G., Valadares, G., & Geraldo, A. (2015). Parto cesárea é fator de risco para depressão pós-parto? [Parto cesárea é fator de risco para depressão pós-parto?]. *Revista debates em psiquiatria*, 2, 38-42.
https://www.researchgate.net/publication/318162222_PARTO_CESAREA_E_FATOR_DE_RISCO_PARA_DEPRESSAO_POS-PARTO

Repositorio Único Nacional de Salud. (2019). Sistema de Registro de Certificado del nacido vivo en línea.
http://www.minsa.gob.pe/reunis/data/Nacidos_Vivos_Registrados.asp

Reppold, C., Assis, C., Gotuzo, A., & Valentini, F., (2015). Contribuições da psicometria para os estudos em neuropsicologia cognitiva [Contribuições da psicometria para os estudos em neuropsicologia cognitiva]. *Psicologia: Teoria e Prática*, 17(2), 94–106. <https://doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v17n2p94-106>

Reynaga-Abiko, G., Alamilla, S., Consoli, A., & Aros, J. (2019). *Psychological Testing and Assessment of Latinos* [Pruebas y evaluaciones psicológicas de latinos]. (Reporte Técnico de la Asociación Nacional de Psicología Latina).

https://www.researchgate.net/publication/331233199_V_Psychological_Testing_and_Assessment_of_Latinaos

Reynolds, J. (1997). Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth [Trastorno de estrés postraumático después del parto: el fenómeno del parto traumático]. *Canadian Medical Association Journal*, 156(6), 831 – 835.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1227048/>

Robles, P. (2018). Pueblo Continente. *Revista científica multidisciplinaria e interdisciplinaria*, 29(1).

<http://200.62.226.189/PuebloContinente/article/view/991/914>

Romero, G. (2016). *Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión postparto en puérperas de la clínica Good Hope, noviembre del 2015* (Tesis de Licenciatura). Universidad Ricardo Palma.

<https://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/767>

Salazar, C. y Serpa, A. (2017). Análisis confirmatorio y coeficiente omega como propiedades psicométricas del instrumento clima laboral de Sonia Palma. *Revista de investigación en psicología*, 20(2), 377-388.

<https://doi.org/10.15381/rinvp.v20i2.14047>

- Sánchez, H. (2017). Desafíos de la investigación psicológica en el Perú: Ante el avance de la ciencia y la tecnología en el siglo XXI. *Tradición, Segunda época*, 17(16), 43-54. <https://doi.org/10.31381/tradicion.v0i16.1434>
- Sánchez, H. y Reyes, C. (1984). *Metodología y diseños en la investigación científica aplicados a la psicología, educación y ciencias sociales*. Lima: Primera Edición
- Santos, G. (2017). *Validez y confiabilidad del cuestionario de calidad de vida SF-36 en mujeres con LUPUS, Puebla*. (Tesis de licenciatura). Benemerita Universidad Autónoma De Puebla. <https://www.fcfm.buap.mx/assets/docs/docencia/tesis/ma/GuadalupeSantosSanchez.pdf>
- Satico, A. (2016). Psicometria. *Avaliação Psicológica*, 15(1), 129 -131. doi: 10.15689/ap.2016.1501.14
- Shaili, J. (2016). Perinatal Psychiatry, birth trauma and perinatal PTSD. *Psychology y Psychiatry*. <https://medicalxpress.com/news/2016-08-perinatal-psychiatry-birth-trauma-ptsd.html>
- Simpson, M., Schmied, V., Dickson, C., & Dahlen, H. (2018). Postnatal post-traumatic stress: An integrative review [Estrés posnatal postraumático: una revisión integradora]. *Women and Birth*, 31(5), 367-379. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.12.003>

Smorti, M., Ponti, L., Ghinassi, S., & Rapisardi, G. (2020). The mother-child attachment bond before and after birth: The role of maternal perception of traumatic childbirth. *Early Human Development*, 142. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.104956>

Solís-Rojas, M., Salazar-Salvatierra, E. y Reyes-González, V. (2018). Depresión en gestantes y el apoyo de la pareja. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*, 7(2), 16-20. <https://doi.org/10.33421/inmp.2018113>

Steele, R., Waters, T., Vaughn, B., Truitt, W., Booth-LaForce, C., Bost, K., Waters, H., & Roismn, G. (2014). Caregiving antecedents of secure base script knowledge: A comparative analysis of young adult attachment representations [Antecedentes del cuidado de un conocimiento seguro de guiones básicos: un análisis comparativo de las representaciones de apego de los adultos jóvenes]. *Developmental psychology*, 11(50), 2526-2538. <https://doi.org/10.1037/a00379>

Thiel, F., Ein-Dor, T., Dishy, G., King, A., & Dekel, S. (2018). Examining symptom clusters of childbirth-related posttraumatic stress disorder [Examinar los grupos de síntomas del trastorno de estrés postraumático relacionado con el parto]. *Primary Care Companion CNS Disorders*, 20(5). doi: 10.4088/PCC.18m02322

- Tristán, A. y Pedraza, N. (2017). La objetividad en las Pruebas Estandarizadas. *Revista Iberoamericana de Evaluación Educativa*, 10(1), 11 – 31.
<https://revistas.uam.es/index.php/riee/article/viewFile/7592/7891>
- Ventura, J. y Caycho, T. (2016). Análisis psicométrico de una escala de dependencia emocional en universitarios peruanos. *Revista de Psicología*, 25(1).
doi:10.5354/0719-0581.2016.42453
- Verreault, N., Da Costa, D., Marchand, A., Ireland, K., Banack, H., Dritsa, M., & Khalifé, S. (2012). PTSD following childbirth: A prospective study of incidence and risk factors in Canadian women [TEPT después del parto: un estudio prospectivo de incidencia y factores de riesgo en Canadá]. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(4), 257 – 263.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.07.010>
- Yucel, S., Ergin, E., Orgun, F., Gokçen, M., & Eser, I. (2020). Validity and reliability study of the Moral Distress Questionnaire in Turkish for nurses [Estudio de validez y fiabilidad del Cuestionario de angustia moral en turco para enfermeras]. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, 3319. doi: 10.1590/1518-8345.2960.3319

Anexo 2: Protocolo del instrumento

INVENTARIO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO DESPUÉS DEL PARTO (TEPT-PAR) (PRIMERA VERSIÓN)

Por favor, antes de empezar conteste marcando con una X según sea su caso:

Tipo de parto: _____ Vaginal _____ Cesárea

Establecimiento que atendió el parto: _____ Público _____ Privado

Nivel de instrucción: _____ Ninguno _____ Escolar _____ Superior

A continuación, leerá unas afirmaciones, señale la respuesta que más la identifique marcando con una X en la opción que mejor describa su situación. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas:

Nro.	Ítem	Nunca	A veces	Siempre
1	Recuerdo mi parto insistentemente sin que tenga intención de hacerlo.			
2	Quiero olvidar todo lo que pasó el día que dí a luz.			
3	Desde que nació mi bebe siento la necesidad de controlar absolutamente todo lo que sucede cerca de mí.			
4	Cuando nació mi bebé fue difícil para mí expresarle afecto durante los primeros días.			
5	Tengo sueños feos relacionados a mi experiencia de parto.			
6	Me niego tajantemente a la posibilidad de experimentar otro parto.			
7	Necesito que todo a mi alrededor se encuentre en perfecto orden.			
8	Tras el nacimiento del bebé, tuve poco deseo de iniciar la lactancia materna.			
9	Pienso demasiado en lo que viví durante el parto.			
10	Evito involucrarme en conversaciones que tengan que ver con embarazos y partos.			
11	Las personas a mi alrededor dicen que soy muy exagerada al cuidar de mi o de mi bebe.			
12	Prefiero que alguien más atienda a mi bebe.			
13	Pienso que muchas cosas pudieron hacerse mejor en mi parto.			
14	Evito encontrarme con los profesionales que atendieron mi parto.			
15	Me cuesta mucho conciliar el sueño cuando mi bebé duerme.			
16	Me siento triste, culpable o avergonzada cada vez que hablo con alguien sobre mi experiencia de parto.			
17	Evito frecuentar lugares que me recuerdan mi experiencia de parto.			
18	Desde que nació mi bebé me siento muy tensa.			
19	Desde que dí a luz, me siento enfadada sin saber por qué.			
20	Después del parto, comencé a discutir mucho con las personas que me rodean.			

Anexo 3: Protocolo del instrumento

INVENTARIO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO DESPUÉS DEL PARTO (TEPT-PAR) (VERSIÓN FINAL)

Por favor, antes de empezar conteste marcando con una X según sea su caso:

Tipo de parto: _____ Vaginal _____ Cesárea

Establecimiento que atendió el parto: _____ Público _____ Privado

Nivel de instrucción: _____ Ninguno _____ Escolar _____ Superior

A continuación, leerá unas afirmaciones, señale la respuesta que más la identifique marcando con una X en la opción que mejor describa su situación. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas:

Nro.	Ítem	Nunca	A veces	Siempre
1	Recuerdo mi parto insistentemente sin que tenga intención de hacerlo.			
2	Quiero olvidar todo lo que pasó el día que dí a luz.			
3	Desde que nació mi bebe siento la necesidad de controlar absolutamente todo lo que sucede cerca de mí.			
4	Cuando nació mi bebé fue difícil para mí expresarle afecto durante los primeros días.			
5	Tengo sueños feos relacionados a mi experiencia de parto.			
6	Me niego tajantemente a la posibilidad de experimentar otro parto.			
7	Necesito que todo a mi alrededor se encuentre en perfecto orden.			
8	Tras el nacimiento del bebé, tuve poco deseo de iniciar la lactancia materna.			
9	Pienso demasiado en lo que viví durante el parto.			
10	Evito involucrarme en conversaciones que tengan que ver con embarazos y partos.			
11	Prefiero que alguien más atienda a mi bebe.			
12	Pienso que muchas cosas pudieron hacerse mejor en mi parto.			
13	Evito encontrarme con los profesionales que atendieron mi parto.			
14	Me cuesta mucho conciliar el sueño cuando mi bebé duerme.			
15	Me siento triste, culpable o avergonzada cada vez que hablo con alguien sobre mi experiencia de parto.			
16	Evito frecuentar lugares que me recuerdan mi experiencia de parto.			
17	Desde que nació mi bebé me siento muy tensa.			
18	Desde que dí a luz, me siento enfadada sin saber por qué.			
19	Después del parto, comencé a discutir mucho con las personas que me rodean.			

Anexo 4: Matriz de consistencia

VARIABLES	DIMENSIONES	PROBLEMA GENERAL	PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS GENERAL	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS
Estrés postraumático después del parto	1.Reexperimentación cognitiva del parto. 2.Evitación de estímulos asociados al parto. 3.Alteración de la capacidad de alerta y control en el posparto. 4.Afectación del vínculo entre la madre con el bebé y otras personas.	¿Cuáles son las evidencias psicométricas del Inventario de estrés postraumático después del parto?	-¿Cuál es la validez de contenido y la validez de constructo del Inventario de estrés postraumático después del parto en Lima? -¿Cuál es la confiabilidad de estabilidad y de consistencia interna del Inventario de estrés postraumático después del parto en Lima.? -¿Cuáles son las normas percentilares del Inventario de estrés postraumático después del parto en Lima?	-Construir y determinar las evidencias psicométricas el Inventario de estrés postraumático después del parto en Lima.	- Analizar los ítems del Inventario de estrés postraumático después del parto en Lima. - Determinar la validez de contenido del Inventario de estrés postraumático después del parto en Lima. -Determinar la validez de constructo del Inventario de estrés postraumático después del parto en Lima. -Determinar la confiabilidad de estabilidad del Inventario de estrés postraumático después del parto en Lima. -Determinar la confiabilidad de consistencia interna del Inventario de estrés postraumático después del parto en Lima. - Analizar las diferencias significativas del Inventario de estrés postraumático después del parto, en grupos diferentes. - Determinar las normas percentilares del Inventario de estrés postraumático después del parto en Lima.	El presente estudio no cuenta con hipótesis por ser psicométrico.	El presente estudio no cuenta con hipótesis por ser psicométrico.
Propiedades Psicométricas	Validez Confiabilidad Normas						

Anexo 5: Protocolo para la validez de contenido por el método de jueces (Primera versión)

ESTIMADO JUEZ: _____

A través de la presente le hago llegar un cálido saludo y agradezco su gentil participación en calidad de juez en el desarrollo del presente estudio psicométrico denominado: “Construcción y Propiedades Psicométricas del Inventario de Estrés Postraumático después del parto”. Su participación será valiosa para poder llevar a cabo la parte de validez de contenido del instrumento que tiene por objetivo identificar la presencia de estrés postraumático después del parto en mujeres que han dado a luz, ya sea por parto vaginal o por cesárea, durante el último año.

Adjunto una tabla de especificaciones para evaluar la COHERENCIA del instrumento, donde tendrá que señalar si los ítems propuestos tienen coherencia con los indicadores de la variable. Por tal motivo, le solicito lea cada uno de los ítems e indique según grado de acuerdo lo siguiente: Si está Totalmente en Desacuerdo (TD), Desacuerdo (D), Ni en desacuerdo ni en Acuerdo (DA), De Acuerdo (A) y Totalmente de Acuerdo (TA). Por este motivo se incluye una tabla con los indicadores correspondientes a las dimensiones de la variable de estudio, sus ítems y las alternativas para que escoja solo una.

Asimismo, también incluyo una tabla orientada a examinar la CLARIDAD, SUFICIENCIA Y RELEVANCIA del instrumento, la cual evalúa la claridad de la redacción, la pertinencia y suficiencia de los ítems. En la parte inferior de la tabla se explica con detalle a qué se refiere cada aspecto. De igual manera, se presenta una tabla con los ítems correspondientes a cada indicador. Por tal motivo, le pido que lea cada uno de los ítems e indique su percepción marcando: De Acuerdo (A), o En Desacuerdo (D).

Finalmente, se incluye un espacio para recibir las observaciones o recomendaciones que considere pertinente.

Por favor, sírvase completar los siguientes datos:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL JUEZ: _____

INSTITUCIÓN DE REFERENCIA: _____

ÁREAS DE EXPERIENCIA: _____

TABLA DE ESPECIFICACIONES

DIMENSION I: RE-EXPERIMENTACIÓN COGNITIVA DEL PARTO

Tendencia que tiene la persona a presentar recuerdos, pesadillas y pensamientos intrusivos, recurrentes e involuntarios, de formato tipo flashback, luego de una experiencia traumática (APA, 2013).

INDICADORES	NRO DE ÍTEM	ITEMS	Considera que el ítem mide el indicador				
			TD	D	AD	A	TA
Recuerdos recurrentes e involuntarios sobre la experiencia del parto.	1	Recuerdo mi parto insistentemente sin que tenga intención de hacerlo.					
Pesadillas relacionadas al parto.	5	Tengo sueños feos relacionados a mi experiencia de parto.					
Pensamientos frecuentes asociados a lo vivido en el parto.	9	Pienso demasiado en lo que viví durante el parto.					
	13	Pienso que muchas cosas pudieron hacerse mejor en mi parto.					

- Coherencia: El ítem se relaciona con el indicador y la dimensión que pretende medir.
- Observaciones y Recomendaciones _____

DIMENSIÓN II: EVITACIÓN DE ESTÍMULOS ASOCIADOS AL PARTO

El individuo procura evitar de manera voluntaria y consciente cualquier estímulo que le recuerde a la experiencia negativa: lugares, personas, pensamientos, entre otros (APA, 2013).

INDICADORES	NRO DE ÍTEM	ITEMS	Considera que el ítem mide el indicador				
			TD	D	AD	A	TA
Evitación de recuerdos y pensamientos sobre el parto.	2	Quiero olvidar todo lo que pasó el día que dí a luz.					
	6	Me niego tajantemente a la posibilidad de experimentar otro parto.					
	10	Evito involucrarme en conversaciones que tengan que ver con embarazos y partos.					
Evitación de lugares y personas asociadas al parto.	14	Evito encontrarme con los profesionales que atendieron mi parto.					
	17	Evito frecuentar lugares que me recuerdan mi experiencia de parto.					

- Coherencia: El ítem se relaciona con el indicador y la dimensión que pretende medir.
- Observaciones y

Recomendaciones: _____

DIMENSIÓN III: ALTERACIÓN DE LA CAPACIDAD DE ALERTA Y CONTROL EN EL POSPARTO

La persona tiende a mostrarse más hiperalerta y reactiva frente a cualquier posible amenaza, donde muchas veces se afecta el estado de calma y equilibrio emocional (APA, 2013).

INDICADORES	NRO DE ÍTEM	ITEMS	Considera que el ítem mide el indicador				
			TD	D	AD	A	TA
Aumento de la necesidad de control durante el posparto.	3	Desde que nació mi bebe siento la necesidad de controlar absolutamente todo lo que sucede cerca de mí.					
	7	Necesito que todo a mi alrededor se encuentre en perfecto orden.					
Aumento de estado de alerta asociado a su bienestar y la del bebe.	11	Las personas a mi alrededor dicen que soy muy exagerada al cuidar de mi o de mi bebe.					
	15	Me cuesta mucho conciliar el sueño cuando mi bebé duerme.					
Dificultad para permanecer relajada en el posparto.	18	Desde que nació mi bebé me siento muy tensa.					

- Coherencia: El ítem se relaciona con el indicador y la dimensión que pretende medir.
- Observaciones y

Recomendaciones: _____

DIMENSIÓN IV: AFECTACIÓN EMOCIONAL ASOCIADA AL VÍNCULO CON EL BEBÉ Y OTRAS PERSONAS

La madre percibe negativamente al bebé, se muestra distante, experimenta emociones negativas y presenta dificultad para iniciar y mantener la lactancia materna. Asimismo, se evidencian con frecuencia conflictos con personas de su entorno (Davies et al., 2008; Elmir et al., 2010; Poote y McKenzie-McHarg, 2015).

INDICADORES	NRO DE ÍTEM	ITEMS	Considera que el ítem mide el indicador				
			TD	D	AD	A	TA
Dificultad para establecer el apego con el bebé.	4	Cuando nació mi bebé fue difícil para mí expresarle afecto durante los primeros días.					
	8	Tras el nacimiento del bebé, tuve poco deseo de iniciar la lactancia materna.					
	12	Prefiero que alguien más atienda a mi bebe.					
Experimentación de emociones negativas al hablar acerca del parto con otras personas.	16	Me siento triste, culpable o avergonzada cada vez que hablo con alguien sobre mi experiencia de parto.					
Aumento de la irritabilidad con las personas del entorno sin motivo aparente.	19	Desde que dí a luz, me siento enfadada sin saber por qué.					
	20	Después del parto, comencé a discutir mucho con las personas que me rodean					

- Coherencia: El ítem se relaciona con el indicador y la dimensión que pretende medir.
 - Observaciones y Recomendaciones:
-

DIMENSIÓN I: RE-EXPERIMENTACIÓN COGNITIVA DEL PARTO

Tendencia que tiene la persona a presentar recuerdos, pesadillas y pensamientos intrusivos, recurrentes e involuntarios, de formato tipo flashback, luego de una experiencia traumática (APA, 2013).

INDICADORES	NRO DE ÍTEM	ITEMS	CLARIDAD		SUFICIENCIA		RELEVANCIA	
			A	D	A	D	A	D
Recuerdos recurrentes e involuntarios sobre la experiencia del parto.	1	Recuerdo mi parto insistentemente sin que tenga intención de hacerlo.						
Pesadillas relacionadas al parto.	5	Tengo sueños feos relacionados a mi experiencia de parto.						
Pensamientos frecuentes asociados a lo vivido en el parto.	9	Pienso demasiado en lo que viví durante el parto.						
	13	Pienso que muchas cosas pudieron hacerse mejor en mi parto.						

- Claridad: El ítem se comprende con facilidad.
- Suficiencia: Los ítems bastan para medir la dimensión.
- Relevancia: El ítem es esencial para medir el indicador.

• Observaciones y

Recomendaciones: _____

DIMENSIÓN II: EVITACIÓN DE ESTÍMULOS ASOCIADOS AL PARTO

El individuo procura evitar de manera voluntaria y consciente cualquier estímulo que le recuerde a la experiencia negativa: lugares, personas, pensamientos, entre otros (APA, 2013).

INDICADORES	NRO DE ÍTEM	ITEMS	CLARIDAD		SUFICIENCIA		RELEVANCIA	
			A	D	A	D	A	D
Evitación de recuerdos y pensamientos sobre el parto.	2	Quiero olvidar todo lo que pasó el día que dí a luz.						
	6	Me niego tajantemente a la posibilidad de experimentar otro parto.						
	10	Evito involucrarme en conversaciones que tengan que ver con embarazos y partos.						
Evitación de lugares y personas asociadas al parto.	14	Evito encontrarme con los profesionales que atendieron mi parto.						
	17	Evito frecuentar lugares que me recuerdan mi experiencia de parto.						

- Claridad: El ítem se comprende con facilidad.
- Suficiencia: Los ítems bastan para medir la dimensión.
- Relevancia: El ítem es esencial para medir el indicador.
- Observaciones y

Recomendaciones: _____

DIMENSIÓN III: ALTERACIÓN DE LA CAPACIDAD DE ALERTA Y CONTROL EN EL POSPARTO

La persona tiende a mostrarse más hiperalerta y reactiva frente a cualquier posible amenaza, donde muchas veces se afecta el estado de calma y equilibrio emocional (APA, 2013).

INDICADORES	NRO DE ÍTEM	ITEMS	CLARIDAD		SUFICIENCIA		RELEVANCIA	
			A	D	A	D	A	D
Aumento de la necesidad de control durante el posparto.	3	Desde que nació mi bebe siento la necesidad de controlar absolutamente todo lo que sucede cerca de mí.						
	7	Necesito que todo a mi alrededor se encuentre en perfecto orden.						
Aumento de estado de alerta asociado a su bienestar y la del bebe.	11	Las personas a mi alrededor dicen que soy muy exagerada al cuidar de mi o de mi bebe.						
	15	Me cuesta mucho conciliar el sueño cuando mi bebé duerme.						
Dificultad para permanecer relajada en el posparto.	18	Desde que nació mi bebé me siento muy tensa.						

- Claridad: El ítem se comprende con facilidad.
- Suficiencia: Los ítems bastan para medir la dimensión.
- Relevancia: El ítem es esencial para medir el indicador.

• Observaciones y

Recomendaciones: _____

DIMENSIÓN IV: AFECTACIÓN EMOCIONAL ASOCIADA AL VÍNCULO CON EL BEBÉ Y OTRAS PERSONAS

La madre percibe negativamente al bebé, se muestra distante, experimenta emociones negativas y presenta dificultad para iniciar y mantener la lactancia materna. Asimismo, se evidencian con frecuencia conflictos con personas de su entorno (Davies et al., 2008; Elmir, et al., 2010; Poote & McKenzie-McHarg, 2015).

INDICADORES	NRO DE ÍTEM	ITEMS	CLARIDAD		SUFICIENCIA		RELEVANCIA	
			A	D	A	D	A	D
Dificultad para establecer el apego con el bebé.	4	Cuando nació mi bebé fue difícil para mí expresarle afecto durante los primeros días.						
	8	Tras el nacimiento del bebé, tuve poco deseo de iniciar la lactancia materna.						
	12	Prefiero que alguien más atienda a mi bebe.						
Experimentación de emociones negativas al hablar acerca del parto con otras personas.	16	Me siento triste, culpable o avergonzada cada vez que hablo con alguien sobre mi experiencia de parto.						
Aumento de la irritabilidad con las personas del entorno sin motivo aparente.	19	Desde que dí a luz, me siento enfadada sin saber por qué.						
	20	Después del parto, comencé a discutir mucho con las personas que me rodean						

- Claridad: El ítem se comprende con facilidad.
- Suficiencia: Los ítems bastan para medir la dimensión.
- Relevancia: El ítem es esencial para medir el indicador.

Observaciones y

Recomendaciones: _____

Anexo 6: Presupuesto

Recursos materiales y bienes

Recurso	Cantidad	Gasto Total
Laptop	1	2000 soles
Copias	900	100 soles
Impresora	1	1500 soles
Cartuchos de tinta	3	300 soles
Lapiceros	30	80 soles
Movilidad	224	1300 soles
Pago al Hospital de revisión y aprobación de proyecto de investigación.	1	250 soles
Asesoría estadística	2	800 soles
Formación en Salud mental perinatal en el Instituto Europeo de Salud mental Perinatal	1	5000 soles
Total		S/. 11,330 soles