

Sergio Martínez Vázquez

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
PERINATAL: MAGNITUD DEL PROBLEMA,
FACTORES ASOCIADOS Y VALIDACIÓN DE UN
CUESTIONARIO EN POBLACIÓN ESPAÑOLA



Universidad de Jaén

Escuela de Doctorado

TESIS DOCTORAL



**TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
PERINATAL: MAGNITUD DEL PROBLEMA,
FACTORES ASOCIADOS Y VALIDACIÓN DE
UN CUESTIONARIO EN POBLACIÓN
ESPAÑOLA**

PRESENTADA POR:

SERGIO MARTÍNEZ VÁZQUEZ

DIRIGIDA POR:

JUAN MIGUEL MARTÍNEZ GALIANO

ANTONIO HERNÁNDEZ MARTÍNEZ

JAÉN, MARZO DE 2021

DECLARACIÓN DE TRABAJO ORIGINAL

Tanto el doctorando, como los Directores de la tesis, declaran que el trabajo: **“Trastorno de estrés postraumático perinatal: Magnitud del problema, factores asociados y validación de un cuestionario en población española”** es un trabajo original, rigurosamente realizado y es apto para ser presentado públicamente con el fin de obtener el grado de Doctor. Para que así conste y surta los efectos oportunos, se adjunta el informe Turnitin sobre originalidad y plagio en el depósito de esta tesis.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Tanto el doctorando, como los Directores de la tesis, declaran no tener ningún conflicto, ni interés derivado con terceros como consecuencia del desarrollo de este estudio.

CITACIÓN Y USO DE SOFTWARE

Para la citación bibliográfica se ha usado el programa Mendeley Desktop con sus plugins: web importer y citation plugin, todo ello bajo licencia gratuita con cuenta Outlook.

Para la redacción del trabajo se ha utilizado Microsoft Office, paquete 2010 con licencia activa.

También se han utilizado herramientas del entorno Google (Forms, Gmail, Documentos en línea. Etc.) Todas ellas bajo licencia de explotación vinculada a cuentas UJA: svazquez@ujaen.es y smv00010@red.ujaen.es

Esta tesis doctoral se presenta por conjunto de trabajos, dando respuesta a los requisitos impuestos por la Universidad de Jaén para la lectura de trabajos en esta modalidad y en base a los criterios de la Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora (CNEAI). La redacción de la tesis doctoral se ha adaptado a la “Guía para un uso igualitario y no sexista del lenguaje y la imagen de la Universidad de Jaén” que está en vigor. Todas las publicaciones incluidas en este trabajo han sido aceptadas después del inicio de los estudios de doctorado, enmarcándose por tanto, dentro del programa de doctorado de Ciencias de la Salud (Real Decreto 99/2011), habiendo sido publicadas en revistas indexadas en el Journal Citations Reports (JCR):

Martínez-Vazquez, S.; Rodríguez-Almagro, J.; Hernández-Martínez, A.; Delgado-Rodríguez, M.; Martínez-Galiano, J.M. *Long-Term High Risk of Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and Associated Factors*. J. Clin. Med. 2021, 10, 488. <https://doi.org/10.3390/jcm10030488>

Martínez-Vazquez, S.; Rodríguez-Almagro, J.; Hernández-Martínez, A.; Delgado-Rodríguez, M.; Martínez-Galiano, J.M. *Obstetric factors associated with postpartum post-traumatic stress disorder (PTSD) following normal vaginal delivery*. Submitted to Birth: Issues in perinatal care. Article ID: BIRT12550. Article DOI: 10.1111/birt.12550. Internal Article ID: 17064274

Hernández-Martínez, A., **Martínez-Vázquez, S.**, Rodríguez-Almagro, J. et al. *Validation of perinatal post-traumatic stress disorder questionnaire for Spanish women during the postpartum period*. Sci Rep 11, 5567 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-85144-2>

Hernández-Martínez A., **Martínez-Vazquez S.**, Rodríguez-Almagro J., Delgado-Rodríguez M., Martínez-Galiano JM. *Elaboration and Validation of Two Predictive Models of Postpartum Traumatic Stress Disorder Risk Formed by Variables Related to the Birth Process: A Retrospective Cohort Study*. Int J Environ Res Public Health. 2020 Dec 24;18(1):92. doi: 10.3390/ijerph18010092. PMID: 33374483; PMCID: PMC7795639.

A Consuelo y María Dolores

Agradecimientos

A mi familia por aguantarme un proyecto detrás de otro, siempre buscando el lado positivo de todos los problemas que surgen, y apoyarme siempre pase lo que pase, aunque me queje constantemente de que son muchas cosas simultáneas, mientras me enrolo en otra aventura que me quitará aún más tiempo. En especial a mis padres, sin los que hoy en día no sería nada ni nadie.

A mi hermana por cederme las fotos de su embarazo para la imagen de cambio de capítulo, y a Chloe, que aparece en ellas aún sin saberlo, a Franci por ser como un hermano; A Bárbara por su apoyo final en los meses más complicados y estresantes de todo el proyecto.

A mi tutor, y co-director Juan Miguel, por guiarme en el largo camino que esto ha sido y hacer de psicólogo improvisado cuando necesitaba un diván en el que expresarme, por estar siempre al otro lado del teléfono, fuese por mensaje o por llamada para calmarme, consolarme si era preciso y apoyarme. Siempre sabía que decir para darme el empujón que necesitaba. Esta aventura comenzó contigo firmando mi tutela en pleno paseo de la estación y acaba con mi más profundo agradecimiento. Sin ti, no habría llegado hasta aquí, ni siquiera hubiera iniciado el camino.

A mi co-director Antonio, por ser el faro que guiaba la ardua transcripción de datos hasta el punto de hacerlos inteligibles, el Sergio que se embarcó en esta aventura con una idea sobre las prostaglandinas y el bueno de Euler, no tiene nada que ver con el que acaba ensalzando a Jennifer Callahan, me has hecho aprender todo lo que se sobre estadística, medidas y tablas. Te lo agradezco de corazón, ahora y siempre.

A todas y cada una de las mujeres que se prestaron a participar, algunas veces captadas por asociaciones como Pandilla de mamás, Multilactancia, La liga de la leche, Mi bebé y yo, Club de las madres, Planeta mamá, En femenino, Let's mum, Coletivo leche, Oro blanco, Amamanta....y muchas otras que pusieron su granito de arena en este proyecto, todo esto es por y para vosotras mamás y futuras mamás.

ÍNDICE

1. Resumen/Abstract	23
2. Introducción	31
2.1 Concepto	31
2.2 Evolución histórica	37
2.3 Tipos de trastorno de estrés postraumático	41
2.4 Trastorno de estrés postraumático perinatal y postparto	43
2.4.1 Epidemiología	46
2.4.2 Sintomatología	49
2.4.3 Etiología	50
2.4.4 Efectos y/o consecuencias.....	55
2.4.4.1. Sobre la pareja	56
2.4.4.2. Sobre la madre	56
2.4.4.3. Sobre el niño	58
2.4.4.4. Sobre la lactancia	58
2.4.4.5. Sobre futuros embarazos	59
2.4.5 Prevención	59
2.4.6 Modelos de predicción y pruebas de cribado.....	63
2.4.7 Tratamiento	65
2.4.7.1 Tratamiento farmacológico – farmacoterapia.....	65
2.4.7.2. Tratamiento no farmacológico – psicoterapia	66
2.4.7.3 Tratamiento específico para el TEPTP	68

3. Justificación	73
4. Objetivos	77
4.1 Objetivo General.....	77
4.2 Objetivos Específicos.....	77
5. Metodología	80
5.1 Objetivo 1.....	80
5.2 Objetivo 2.....	81
5.3 Objetivo 3.....	81
5.4 Objetivo 4.....	82
5.5 Muestreo, recogida de datos e instrumentos.....	82
5.6 Variables de estudio.....	83
5.6.1 Variables independientes.....	83
5.6.2 Variables dependientes.....	90
5.7 Análisis de datos.....	92
5.7. 1 Objetivo 1.....	92
5.7. 2 Objetivo 2.....	94
5.7. 3 Objetivo 3.....	95
5.7. 4 Objetivo 4.....	96
5.8 Consideraciones éticas.....	96
6. Resultados	99
6.1 Objetivo 1.....	99
6.2 Objetivo 2.....	106
6.3 Objetivo 3.....	118

6.4 Objetivo 4.....	126
7. Discusión	135
7.1 Fortalezas y Debilidades.....	146
8. Conclusiones	150
8.1. Objetivo 1.....	150
8.2. Objetivo 2.....	150
8.3. Objetivo 3.....	151
8.4. Objetivo 4.....	151
9. Bibliografía	155
10. Anexos	188
Anexo 1. Escalas de cribado y detección de TEPT	188
Anexo 2. Compilación de tratamientos terapéuticos de la APA.....	193
Anexo 3. Intervenciones para los pacientes, distinguidas por su edad y la temática de cada intervención.....	199
Anexo 4. Autorización Comité de Ética.....	201
11. Apéndices.....	204
11.1. Producción científica	204

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Sintomatología definitoria del síndrome	31
Figura 2. Eje temporal y evolución del TEPT	39
Figura 3. Factores de Riesgo y Factores Protectores.....	54
Figura 4. Intervenciones en prevención para los pacientes, distinguidas por su edad y por la temática de dicha intervención (NICE).....	61
Figura 5. Perinatal Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire (PPQ) - Versión Española...	91
Figura 6. Curva ROC. Capacidad predictiva de la puntuación en el PPQ para el riesgo de DP mediante el cuestionario de Edimburgo	104
Figura 7. Capacidad predictiva del modelo A y del modelo B en la cohorte de derivación	117
Figura 8. Capacidad predictiva del modelo A y del modelo B en la cohorte de validación	118
Figura 9. Distribución de puntajes y procedimientos.....	125

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características de la muestra incluida en un estudio de validación del cuestionario español PPQ para riesgo de TEPT	99
Tabla 2. Matriz de componentes rotados	102
Tabla 3. Consistencia interna del PPQ	105
Tabla 4. Análisis bivariado de posibles factores predictivos de riesgo de TEPT	107
Tabla 5. Modelos predictivos de riesgo de TEPT durante el posparto	111
Tabla 6. Comparación de características entre cohorte de derivación y validación	113
Tabla 7. Características sociodemográficas y obstétricas y riesgo de trastorno por estrés postraumático posparto (TEPT). Análisis bivariado	119
Tabla 8. Análisis bivariado y multivariado entre eventos intraparto y complicaciones con TEPTP	121
Tabla 9. Análisis bivariado y multivariado entre prácticas y procedimientos intraparto con TEPTP	123
Tabla 10. Características sociodemográficas y del embarazo actual de la muestra.	126
Tabla 11. Análisis bivariado y multivariado entre características sociodemográficas y obstétricas con el riesgo TEPT y factores asociados.	128

ABREVIATURAS

AEMPS Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios

APA Asociación de Psiquiatría Americana

CIE Clasificación Internacional de Enfermedades

DSM Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

EMA Agencia Europea del Medicamento

EPDS Escala de Depresión Postparto de Edimburgo

FDA Administración de Medicamentos y Alimentos (Estadounidense)

NICE Instituto Nacional para la Excelencia en el Cuidado (Británico)

OMS Organización Mundial de la Salud

DP Depresión Postparto

TCC Terapia Cognitivo-Comportamental

TEPT Trastorno de Estrés Postraumático

TEPTP Trastorno de Estrés Postraumático Postparto

R
E
S
U
M
E
N
/
A
B
S
T
R
A
C
T



1. RESUMEN

Antecedentes: El trastorno de estrés postraumático postparto (TEPTP) es un problema prevalente y se basa en el impacto psicológico que la experiencia durante el parto le ha provocado a la madre. Las mujeres que experimentan este trastorno manifiestan re-experimentación del evento, sensación de desconexión del bebé, ausencia de la realidad, pesadillas, irritabilidad, rechazo a una nueva maternidad, además de afectarles de forma física. El impacto es negativo también en el bebé y con la pareja. Se puede llegar a la cronificación de los síntomas permaneciendo estos meses o años.

Objetivos: Conocer la magnitud del Trastorno de Estrés Postraumático Perinatal, tanto sus factores asociados, como las prácticas clínicas que llevadas a cabo durante la asistencia al parto eutócico o situaciones clínicas que se originan durante el mismo, así como los factores que puedan determinar su aparición hasta un año después de que se haya producido el parto. También se busca el facilitar el cribado validando el cuestionario “Perinatal Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire (PPQ)” en población española y desarrollando y validando modelos predictivos para facilitar este propósito.

Método: Estudio transversal con mujeres que habían dado a luz en España. Los datos se recogieron durante los meses de Septiembre a Diciembre de 2019. La población de referencia fueron las mujeres que habían dado a luz en España tanto en hospitales públicos, como privados o en su domicilio. Sobre estas mujeres se aplicaron los criterios de inclusión y de exclusión para determinar finalmente la población objeto de estudio que finalmente formó parte de la investigación.

Resultados: La validación del Cuestionario Perinatal Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire (PPQ) en mujeres españolas posparto, mostró unas características psicométricas adecuadas cuando se comparó con la EPDS (AUC 0,86 (IC 95%, 0,82-0,91)), y una buena consistencia interna ($\alpha=0,896$); lo que lo hace apropiado para la práctica clínica en el ámbito español. Los dos modelos predictivos formados por variables clínicas y percepciones de apoyo de su pareja y la atención recibida por parte de los profesionales sanitarios presentaron capacidades predictivas adecuadas para predecir el riesgo de TEPT posparto siendo el modelo B más completo en variables y con mejor capacidad predictiva (AUC ROC = 0,82). Varias prácticas clínicas intraparto, durante un parto eutócico, como la administración de enema (ORa: 7,01, IC 95%: 2,14-23,01), el requisito de estar acostado en todo momento (ORa: 5,75, IC 95%: 3,25-10,19), amniorrexis artificial (ORa: 2,28, IC 95%: 1,31-3,97) y administración de oxitocina (ORa: 2,18, IC 95%: 1,26-3,77) (ambas sin consentimiento), entre otras, están asociadas con un mayor riesgo de TEPT. Existen además complicaciones intraparto como un desgarro perineal grave (OR: 6,70, IC 95%: 2,41-18,99) o una alteración de la FCF intraparto (ORa: 2,24, IC 95%: 1,07-4,66) que aumentan el riesgo de incidencia de TEPT. A largo plazo, el TEPT se asocia con un plan de parto no respetado (ORa: 1,89, IC 95%: 1,21 a 2,94), alimentación con fórmula al alta hospitalaria (ORa: 2,50, IC 95%: 1,20 a 5,17) o haber vivido una situación de trato inadecuado verbal (ORa: 3,73, IC 95%: 2,52 a 5,53) o de tipo psicoafectiva (ORa: 3,98, IC 95%: 2,48-6,39).

Conclusión: El Cuestionario Perinatal Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire (PPQ), es un instrumento válido y fiable para medir el riesgo de TEPT en mujeres puérperas españolas. Los dos modelos predictivos presentaron capacidades adecuadas para predecir el riesgo de TEPT posparto. En los partos eutócicos varias prácticas clínicas intraparto, como la realización de tactos vaginales reiterados o la indicación de permanecer acostada durante

todo el tiempo se han asociado con un mayor riesgo de TEPT. A largo plazo, el TEPT se asocia con un plan de parto no respetado, lactancia artificial al alta o haber vivido una situación de trato inadecuado.

ABSTRACT

Background: PTSD is a prevalent problem and is based on the psychological impact that the experience of childbirth has had on the mother. Women who experience this disorder show re-experiencing the event, a feeling of disconnection from the baby, an absence of reality, nightmares, irritability, rejection of new motherhood, in addition to affecting them physically. The impact is negative also on the baby and with the couple. Symptoms can become chronic by staying for months or years.

Objectives: Determine the magnitude of the Perinatal Post-Traumatic Stress Disorder, both its associated factors, as well as the clinical practices carried out during the normal vaginal delivery or clinical situations that originate during it, as well as the factors that may determine its appearance for up to one year after delivery has occurred. It also seeks to facilitate screening by validating the “Perinatal Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire (PPQ)” in the Spanish population and developing and validating predictive models to facilitate this purpose.

Method: Cross-sectional study with women, who had given birth in Spain. Data was collected during the months of September to December 2019. The reference population was women who had given birth in Spain in both public and private hospitals or at home. The inclusion and exclusion criteria were applied to these women to determine the population under study that finally formed part of the research.

Results: The validation of the Perinatal Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire (PPQ) in postpartum Spanish women showed adequate psychometric characteristics when compared with the EPDS (AUC 0.86 (95% CI, 0.82-0.91)), and a good internal consistency ($\alpha = 0.896$); which makes it appropriate for clinical practice in the Spanish setting. The two predictive models made up of clinical variables and perceptions of support from their partner and the care received from health professionals presented adequate predictive capacities to predict the risk of postpartum PTSD, being model B more complete in variables and with better predictive capacity (AUC ROC = 0.82). Various intrapartum clinical practices, during a normal vaginal delivery, such as the administration of enema (aOR: 7.01, 95% CI: 2.14-23.01), the requirement to be lying down at all times (aOR: 5.75, 95% CI: 3.25-10.19), artificial amniorrhexis (aOR: 2.28, 95% CI: 1.31-3.97) and administration of oxytocin (aOR: 2.18, 95% CI: 1, 26-3,77) (both without consent), among others, are associated with an increased risk of PTSD. There are also intrapartum complications such as a severe perineal tear (OR: 6.70, 95% CI: 2.41-18.99) or an alteration in intrapartum FHR (aOR: 2.24, 95% CI: 1.07- 4,66) that increase the risk of incidence of PTSD. In the long term, PTSD is associated with a non-respected birth plan (aOR: 1.89, 95% CI: 1.21 to 2.94), formula feeding at hospital discharge (aOR: 2.50, 95% CI %: 1.20 to 5.17) or having experienced a situation of both verbal inappropriate treatment (aOR: 3.73, 95% CI: 2.52 to 5.53) or psycho-affective (aOR: 3.98, CI 95%: 2.48-6.39).

Conclusion: The Perinatal Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire (PPQ) is a valid and reliable instrument to measure the risk of PTSD in Spanish puerperal women. The two predictive models had adequate capabilities to predict the risk of postpartum PTSD. In normal vaginal deliveries, several intrapartum clinical practices, such as repeated vaginal examinations or the

indication to lie flat for the entire time, have been associated with an increased risk of PTSD. In the long term, PTSD is associated with a non-respected delivery plan, artificial breastfeeding at discharge, or having experienced an inappropriate treatment situation.

I
N
T
R
O
D
U
C
C
I
Ó
N



2. INTRODUCCIÓN

2.1. CONCEPTO

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se ha descrito como los efectos del trauma psicológico en su expresión somática, cognitiva, afectiva y comportamental (van der Kolk et al., 1996). Otros autores enfocan la definición partiendo de la premisa de que se trata de un trastorno que las personas pueden presentar después de vivir, experimentar o presenciar un acontecimiento que resulte impactante, peligroso o genere cierto temor, rechazo o miedo. (Health, 2020)

Esta exposición genera una respuesta (ya sea lucha o huida) que sirve para proteger a la persona en las subsecuentes exposiciones. Las personas que acaben desarrollando este trastorno, pueden sentirse estresadas, asustadas o tener otra sintomatología incluso cuando el estímulo estresor ya no esté presente. (Health, 2020) Para la American Psychiatric Association (American Psychiatric Association. (APA)., 1980) (APA) el elemento clave en la definición del síndrome se basa en la re-experimentación, evasión de lo relacionado con ese estresor traumático y respuestas de hiper-activación fisiológica. Se puede apreciar de forma más concisa en la figura 1.

Figura 1. Sintomatología definitoria del síndrome.



Fuente: Elaboración propia.

Aunque como se ha descrito anteriormente los elementos claves son tres; el criterio diagnóstico de la APA es algo más exhaustivo en cuanto a elementos que incluye, visto desde un punto de vista más psiquiátrico existen ítems que van desde la A hasta la H, siendo estas letras indicadores de criterios diagnósticos: (American Psychiatric Association. (APA)., 1980)

A. Elemento formado por la exposición a la muerte, una lesión grave o violencia de tipo sexual, pudiendo aquí ser real o amenaza: (American Psychiatric Association. (APA)., 1980)

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil). [No incluye exposición de medios electrónicos, pudiendo ser si incluye relación con el trabajo]

B. Presencia de uno o más de estos síntomas que deben de estar asociados al suceso y que comienzan después de esta exposición al mismo: (American Psychiatric Association. (APA)., 1980)

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente).

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evasión persistente de estímulos relacionados o asociados al suceso, comenzando este comportamiento siempre después de la exposición: (American Psychiatric Association. (APA)., 1980)

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

D. Alteraciones negativas cognitivas y afectando el estado de ánimo asociadas al suceso, comenzando siempre después de la exposición o empeorando debido a ello: (American Psychiatric Association. (APA)., 1980)

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., "Estoy mal," "No puedo confiar en nadie," "El mundo es muy peligroso," "Tengo los nervios destrozados").
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad (sistema de lucha/huida) asociada al suceso o exposición o empeorando tras lo mismo: (American Psychiatric Association. (APA)., 1980)

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.

6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes. (American Psychiatric Association. (APA)., 1980)

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. (American Psychiatric Association. (APA)., 1980)

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica. (American Psychiatric Association. (APA)., 1980)

Además, dichos criterios definitorios propuestos por la APA en su última y más actualizada versión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) especifican si existen despersonalización o desrealización.

Para cumplir los criterios de la APA, síntomas como pesadillas, pensamientos aterradores (categorizados dentro de reviviscencia del trauma) o evitar pensar en la exposición traumática, evitación de los lugares relacionados (a su vez incluidos en la categoría de evasión); deben de encontrarse presentes al menos durante un mes. Otros como hipervigilancia y reactividad (incluyendo aquí dificultad para dormir, tensión o ira que se manifiesta en arrebatos) u otros considerados como cognitivos y del estado de ánimo como pensamientos negativos o pérdida de interés también deben de mostrar aparición durante un mes para considerarse criterio sintomático.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud,(CIE-10) define el TEPT (Código: F62.0) como un trastorno con origen en una respuesta tardía a un acontecimiento estresante, o una exposición

traumática. Caracterizado por la expresión de: embotamiento emocional, episodios donde se revive el trauma, evasión o hiperactividad de origen vegetativo que puede llevar adherido tanto la expresión de ansiedad como la depresión.

No define la profundidad de la duración, aunque no suele superar los seis meses; aportando la diferencia con respecto a la clasificación perteneciente a la APA de considerar una fluctuación en su curso que incide directamente en la personalidad, transformándola. (Organización Mundial de la Salud, 2011)

Además, es importante resaltar que la categorización de la CIE clasifica basándose en tres síntomas centrales, mientras que el DSM-5 lo hace en diferentes categorías, llegando a más de 10.000 combinaciones de síntomas (Maercker et al., 2013) suponiendo esto que casi cualquier persona pueda cumplir los criterios de diagnóstico, facilitando así su intervención si procede.

Considerando otras fuentes como el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia en el Cuidado (NICE), define el TEPT, como un síndrome complejo con una combinación de síntomas que pueden ser varios de los siguientes, o todos ellos: (NICE, 2018)

- a. Re-experimentación
- b. Evasión
- c. Hipervigilancia, furia e irritabilidad
- d. Alteraciones negativas del humor y el pensamiento
- e. Inexpresión emocional y desequilibrio
- f. Disociación
- g. Percepción negativa, incluyendo aquí derrota o infravaloración

A tenor de los síntomas incluidos en las diferentes definiciones, la mayor parte de las personas experimentarían algún suceso traumático a lo largo de su vida (Breslau & Kessler, 2001; Copeland et al., 2007; Kessler et al., 1995; McLaughlin et al., 2013); estos síntomas pueden que no aparezcan justo después de la exposición. (Bonanno, 2004) El hecho de que el impacto puede no ser directamente sobre la víctima, sino sobre alguien con quien la víctima tenga conexión, aumenta aún más el rango de exposición. (Badger et al., 2008; Brown, 1996; Hojat & Mohammadreza, 2007; Huddleston et al., 2006; McLean et al., 2003; Schauben & Frazier, 1995)

2.2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA

El TEPT no existiría definido como tal hasta el año 1980 donde aparecería por primera vez en la nomenclatura de la American Psychiatric Association, (APA) (American Psychiatric Association. (APA)., 1980)

La evolución del cuadro volvería a cobrar relevancia dentro de la comunidad científica en el año 2001 cuando después de los ataques terroristas que sufrió la ciudad de Nueva York (que tuvo lugar en las torres gemelas) y Washington D.C. (en la sede del Departamento de Defensa de los Estados Unidos, en el edificio conocido como el pentágono). Hasta entonces había estado para algunos autores subdiagnosticado y probablemente subtratado. (Carvajal, 2002)

Considerando la evolución histórica del concepto desde sus orígenes; ya en la Grecia clásica se mencionaban reacciones muy parecidas a las que se han registrado en la época actual en los ex-combatientes del ejército griego, como pesadillas y otros síntomas (Carvajal, 2002). Relatos que aparecen en la Biblia Católica o documentos que datan de la guerra de los 100 años también hablan

de sintomatología propia actual del TEPT. Incluso el famoso autor Shakespeare usaba estos síntomas dentro de sus arcos argumentales. (Crocq & Crocq, 2000)

Más tarde aparecería la figura de Philippe Pinel, un médico francés dedicado al estudio de las patologías mentales, llevando a cabo diversas investigaciones y publicaciones de trabajos; Como el Tratado médico-filosófico sobre la alienación mental y la manía, publicado en 1801, entre otras obras, y es a raíz de estos trabajos cuando se considera el inicio de la psiquiatría moderna. Pinel centró su interés en la sintomatología de los antiguos soldados, y los que habían sido militares (dentro del contexto de la revolución francesa). Durante los años posteriores se producirían grandes avances tecnológicos y con ello accidentes derivados de los mismos, desde los cotidianos a los más traumáticos provocados por la tecnología y maquinaria nueva como el ferrocarril. Aparece por tanto el término “shock emocional” para describir los síntomas de los supervivientes. Sería un neurólogo alemán, (Hermann Oppenheim) en 1884 quién comenzaría a ponerle etiquetas a esta sintomatología, bajo el nombre de “neurosis traumática”. Otras dos de las personalidades más influyentes y determinantes en el mundo de la psiquiatría, como son Sigmund Freud y Pierre Janet, también intentaron ahondar en estos síntomas. Mientras que para Freud los síntomas se trataban de cuerpos extraños dentro de lo que él consideraba la “memoria traumática”, para Janet sin embargo, éstos eran respuestas a fenómenos psicopatológicos, y estas respuestas las llamo “emociones vehementes”. (Crocq & Crocq, 2000)

En el año 1915, el psicólogo británico Charles Samuel Myers, publicó en “The Lancet” la primera publicación referente al TEPT, bajo el término “Shell shock” que hace alusión directa al término que ya propuso Oppenheim en 1884 “neurosis de guerra”. Ambos términos suponen una versión primitiva del trastorno de estrés postraumático. Más tarde se ahondarían en estos conceptos, en parte por los supervivientes de la I Guerra Mundial, así como los avances

con los supervivientes de la II Guerra Mundial y sobre todo con las personas que lograron sobrevivir al holocausto. (Crocq & Crocq, 2000; Ross, 1948)

Por último, otro de los hitos claves en la historia del TEPT, y que ocurrió antes de su inclusión en el DSM finalmente en el año 1980 (DSM-III) fue la guerra de Vietnam, que dejó miles de afectados de pesadillas, terrores nocturnos, secuelas, irritabilidad, incapacidad de expresar sentimientos o emociones...; es decir, sintomatología propia y definitoria del TEPT. Es complicado cifrar los afectados, pero diversos autores concuerdan en una cifra que ronda los 700.000 afectados. (Crocq & Crocq, 2000)

En la figura 2 se puede ver la evolución del TEPT de forma esquemática y dispuesta cronológicamente.

Figura 2. Eje temporal y evolución del TEPT.

PERÍODO	AÑO	HITO	EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DEL TEPT
EDAD ANTIGUA	1200 a.C. (antes de Cristo) - 146 a.C.	Antigua Grecia	Síntomas Invasores
	900 a.C. - 100 d.C.	Biblia	
	(1337-1453)	Guerra de los 100 años	
	(1594-1608)	Obras de Shakespeare	
EDAD MODERNA	(1789-1799)	Inicio de la psiquiatría	Pinel y síntomas de soldados en

		moderna Revolución Francesa	combate
EDAD CONTEMPORÁNEA	(1884)	Progreso tecnológico	Neurosis traumática
	(1856--1947)	Janet (1859-1947) & Freud (1856- 1939)	Memoria traumática/ Emociones vehementes
	(1914-1918)	I Guerra Mundial	Shell Shock
	(1939-1945)	II Guerra Mundial	Traumatic Neurosis of war / Síntomas del Holocausto
	(1955-1975)	Guerra de Vietnam	Secuelas y síntomas de ex- combatientes
	(1980)	DSM-III	Inclusión del TEPT, rasgos y primeras definiciones de los criterios diagnósticos

Fuente: Elaboración propia.

2.3. TIPOS DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Dada la similitud sintomática y la relación que existe entre ambos síndromes, se debe diferenciar el TEPT del trastorno por estrés agudo (TEA). Las dos principales diferencias son: (American Psychiatric Association. (APA)., 1980)

I. Aparición de los síntomas en las primeras 4 semanas del suceso y duración de al menos dos días y un máximo de 4 semanas. (En el TEPT duran al menos un mes o más).

II. Mayor importancia de la sintomatología disociativa.

Los síntomas del TEA son: (American Psychiatric Association. (APA)., 1980)

Síntomas disociativos mientras se produce el suceso o después, siendo estos síntomas: Insensibilidad subjetiva o desapego, pérdida o reducción de la conciencia del entorno.

Despersonalización o desrealización.

Re-experimentación entre las que destacan: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, etc.

Evitación, principalmente por los estímulos derivados del trauma.

Ansiedad y sus síntomas: sobresalto exagerado, hipervigilancia, inquietud.

Pensamientos catastróficos.

Ataques de pánico.

Comportamiento caótico o impulsivo.

Los pensamientos catastróficos, los ataques de pánico y el comportamiento caótico o impulsivo son la tríada más definitoria de TEPT.

Hay autores que han encontrado una correlación entre tener trastorno por estrés agudo y finalmente desarrollar el TEPT, como Crespo et al. (Crespo et al., 2012). Estos, concluyeron tras su revisión que entre el 30% y el 83% de las personas que habían sido diagnosticadas con TEA, desarrollarían posteriormente TEPT; así como otros investigadores, reportando la importancia de su diagnóstico precoz y tratamiento. (Reyes et al., 2012; Roberts et al., 2010; Sijbrandij et al., 2015)

Una vez diferenciados estos síndromes, se debe conocer que existen diferentes clasificaciones de TEPT, dando con ello origen a diferentes tipos; Desde el Centro Nacional Estadounidense para el TEPT centran los tipos en la exposición traumática y las características de la misma, diferenciando aquí entre guerra y combate violencia y abuso o desastre y terrorismo. (Affairs, 2020) Sin embargo, en esta misma clasificación se pone de manifiesto el hecho de que no todas las personas que padecen dicho síndrome han sido necesariamente expuestas al estresor traumático. (Health, 2020)

Por su parte, el Instituto NICE, en su guía publicada en 2018 sobre el TEPT, señala como posibles exposiciones o razones para desarrollar este síndrome: accidentes serios, asaltos o abusos ya sean de tipo físico o sexual, incluyéndose aquí los sufridos durante la niñez o de origen doméstico; exposiciones traumáticas relacionadas con el entorno laboral o problemas de salud propios o ajenos y conflictos armados o torturas. (NICE, 2018)

La APA (American Psychological Association (APA), 2017a) incluye además de las ya mencionadas por otras clasificaciones, considerándolas como exposiciones traumáticas: pérdidas (incluyéndose aquí negligencia o abandono), separaciones traumáticas, haber sido rehén, esclavitud o ciertos tipos de discapacidad, enfermedad, o tratamiento médico (se incluyen aquí las que suponen cuestiones de vida-muerte).

Si bien los tipos de TEPT vienen categorizados por el tipo de exposición traumática y el origen de esta, teniendo en cuenta la duración temporal se podría considerar: (Elia, 2019)

Agudo: Cuando la duración es inferior a tres meses.

Crónico: Cuya duración está por encima de los tres meses.

De establecimiento moderado: Cuando entre la experiencia traumática o exposición y el inicio de los síntomas han transcurrido más de seis meses.

2.4. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO PERINATAL Y POSTPARTO

Los estudios que tratan el tema no tienen una antigüedad mayor a los veinte años y situándose los estudios con mayor tamaño muestral en publicaciones de los últimos 5-10 años. Una buena prueba de ello, es que no fue hasta la publicación del DSM-IV cuando se empezó a investigar el parto como hecho con significancia lo suficientemente traumática como para provocar un TEPT. (Marshall et al., 2002).

No existe una categoría como tal en la clasificación de los factores que pueden causar TEPT, en vista del carácter en sí del hecho del parto, pudiendo llegar este a ser traumático o no, en función de la experiencia durante el parto.

La primera dificultad en relacionar estos dos términos es que no existe una definición estándar de este diagnóstico, y hay que subrayar que existen diferencias entre el parto traumático y el trastorno de estrés postraumático postparto tanto con los síntomas como con el tratamiento. (Liguori & Lorenzo, 2016)

La dimensión obstétrica del TEPT, se basa en la experiencia de la madre, es decir, en el impacto psicológico que la experiencia durante el parto le ha provocado a la madre, pudiendo llegar a considerarse, por tanto, en una secuela obstétrica. (Ibone Olza, 2003)

La primera vez que aparece referencia a esta relación de términos se produjo en los setenta bajo la etiqueta de “neurosis traumática postobstétrica”. (Bydlowski & Raoul-Duval, 1978)

El embarazo, parto y postparto son períodos en los que aumentan la posibilidad de la mujer de padecer trastornos mentales. (Astbury, 2006; Flores-Ramos, 2013)

Las mujeres que experimentan este trastorno manifiestan re-experimentación del evento, sensación de desconexión del bebé, ausencia de la realidad, pesadillas, irritabilidad, rechazo a una nueva maternidad o incluso desarrollan tocofobia (nombre que recibe el miedo al embarazo y parto). (Susan Ayers, 2004; Ferguson, 2018; Garthus-niegel et al., 2018; K Hofberg & Brockington, 2000; Kristina Hofberg & Ward, 2003; Nerum et al., 2006; Olde et al., 2006; C. K. Wilson et al., 2017) Se puede llegar incluso a la cronificación de los síntomas (Darves-Bornoz et al., 2008) permaneciendo estos meses o años (C. T. Beck, 2004; C. T. Beck & Casavant, 2019) y el insomnio parece ser el más recurrente de estos. (Haro et al., 2006)

Diferentes variables se han asociado con el riesgo de desarrollar TEPT como haber sufrido abusos durante la niñez (Lev-Wiesel et al., 2009), la exposición a

algún trauma (Muzik et al., 2016), el tipo de parto, que se le haya realizado la maniobra de Kristeller en el periodo de expulsivo, tener desgarros perineales de tercer o cuarto grado (Hernandez-Martinez et al., 2019, 2020), sufrir una hemorragia postparto (Zaat et al., 2018) o tener miedo al parto (Çapik et al., 2018). También la edad, la paridad y el disponer de recursos como habilidades de afrontamiento se han asociado con la incidencia de TEPT. (Angelini et al., 2018; Heumen et al., 2018)

Este trastorno tiene efecto sobre la morbilidad materna. (Ferguson, 2018; C. K. Wilson et al., 2017) Además puede afectar a la pareja, al entorno, la familia y sobre todo al bebé. (Dekel et al., 2017; Dikmen-Yildiz et al., 2017b; Garthus-niegel et al., 2018; Susan Garthus-Niegel, Horsch, Ayers, et al., 2018) También se ha asociado a una menor tasa de inicio de lactancia materna (Susan Garthus-Niegel, Horsch, Ayers, et al., 2018) y una mayor incidencia de bajo peso al nacer. (Cook et al., 2018)

El TEPT afecta de forma negativa sobre la salud materna. (Ferguson, 2018; C. K. Wilson et al., 2017). Este trastorno también tiene consecuencias para el bebé, la pareja, el entorno de la mujer y sistema familiar, llegando a provocar problemas de salud. (Garthus-niegel et al., 2018; Susan Garthus-Niegel, Horsch, Ayers, et al., 2018)(Susan Ayers et al., 2018; C. K. Wilson et al., 2017; G. A. Wilson, 2014; Yildiz et al., 2017)

En lo que a duración se refiere, el TEPT puede llegar a cronificarse si no se previene o interviene a tiempo. Por todo ello, se hace necesario elaborar estrategias para acometer este problema. Conocer los factores de riesgo favorece la implementación de tácticas y estrategias adecuadas para abordarlo.

2.4.1. *Epidemiología*

A nivel general, el TEPT, se ha estimado por autores como Darves-Bornoz et al. (Darves-Bornoz et al., 2008) que a lo largo del curso de la vida, un 50% de mujeres se verán expuestas a un evento traumático y esta exposición estará en cifras ligeramente mayores en la población masculina (60%). Esta exposición podrá provocar en la persona el desarrollo del síndrome hasta en un 7%.

De establecerse el cuadro y sintomatología de TEPT, Kessler (Kessler et al., 1995) afirma que persistirá durante al menos 12 meses, es decir un año completo. En Estados Unidos se estima que el 7%-8% de la población general padece TEPT. (Affairs, 2020) En España, la prevalencia en hombres es del 1.06%, y en mujeres del 2.79%. (Haro et al., 2006)

Haciendo referencia específicamente a prevalencia del TEPTP, puede estar presente entre un 0.8% y un 43% de las mujeres dependiendo de si lo que se valora son solo la presencia de síntomas auto declarados, los criterios diagnósticos de DSM, si el estudio se ha realizado a nivel comunitario o a nivel de una población de riesgo. (Allen, 1998; C. T. Beck & Casavant, 2019; Cook et al., 2018; Creedy et al., 2000; Grekin & O'Hara, 2014; Khoramroudi, 2018; Soet et al., 2003; Yildiz et al., 2017)

Según el tipo de estudio y la muestra, la prevalencia varía; otro factor que parece influir en las cifras es la inclusión de población de riesgo. Se puede afirmar por tanto, que la prevalencia del TEPTP es variable dependiendo de la población de estudio. Algunos autores como Yildiz et al. (Yildiz et al., 2017) cifran estos datos en un 4% en la población en general, y haciendo referencia solo al grupo de mujeres en riesgo las cifras ascenderían hasta un 18.95%. En un 4% también sitúa la prevalencia Cook et al., (Cook et al., 2018) estos datos son similares a los obtenidos por Grekin y O'Hara (Grekin & O'Hara, 2014) donde la prevalencia de TEPTP en la comunidad se estimó en un 3.1% y la población de riesgo subió hasta alcanzar el 15.7%.

Diferentes investigaciones aportan cifras de prevalencia similares a las encontradas por los autores citados anteriormente. (S Ayers & Pickering, 2001; Bailham & Joseph, 2003; Creedy et al., 2000; Wijma et al., 1997) Sin embargo, otros autores encuentran datos epidemiológicos dispares como los obtenidos por Beck y Casavant (C. T. Beck & Casavant, 2019) en su síntesis de documentos revisados sobre el TEPTP, con un rango de prevalencia que fluctúa desde el 0.8% al 26%.

Diversos autores centran los datos de prevalencia en la probabilidad de riesgo de desarrollar el síndrome, como el caso de Henandez-Martinez et al. (Hernandez-Martinez et al., 2020) en su estudio durante los años posteriores al parto (1-5 años) donde un 7.2% de las mujeres estaban en situación de riesgo de TEPTP.

Sjomark et al., (Sjomark et al., 2018) por su parte sitúan esta prevalencia en un 3%, datos similares a los obtenidos por Garthus-Niegel et al. (Garthus-niegel et al., 2018) que situaban un rango de 2-4% en las mujeres que desarrollaran TEPTP en el futuro y este mismo rango, en concreto el punto de corte superior es el que usaron como prevalencia de referencia en el “City Birth Trauma Scale” como base para desarrollar su cuestionario, una herramienta que fuese capaz de cribar dicho trastorno. (Susan Ayers et al., 2018)

Usando el cuestionario validado PTSD Sympton Checklist PCL-5, van Heumen et al., (Heumen et al., 2018) encontraron que el 17.4% de las mujeres que participaron en el cribado estaban dentro del criterio de TEPTP y que si se tenían en cuenta quién hubiese reunido estos síntomas en el pasado (ya que se trataba de un estudio retrospectivo) inmediatamente después de dar a luz, el porcentaje subía hasta más de un cuarto de la población de estudio (26%).

En algunos países, como es el caso de EEUU, Vignato et al., (Vignato et al., 2017) situaban esta prevalencia en el 9%, y referida al periodo perinatal, y situaban el riesgo de desarrollar el síndrome en un 18%.

En otro estudio, esta vez prospectivo observacional, que realizaron Sentilhes et al., (Sentilhes et al., 2017) de su población de estudio (n=1103) el 4.2% de las mujeres tenían el criterio diagnóstico de TEPTP, mientras que 30 mujeres clasificaban dentro del perfil de TEPTP. Se ha puesto de manifiesto en la definición del síndrome la diferencia entre clasificar dentro del perfil o tener criterios diagnósticos de TEPT.

En la revisión de la literatura previa a su estudio de cohortes prospectivo, López et al., (Lopez et al., 2017) encontraron cifras de prevalencia de TEPTP de entre el 1-7%, que posteriormente concretarían en un 2.7% de las mujeres participantes TEPTP y hasta un 9.2% reunían el perfil.

Otros autores como Dekel et al., (Dekel et al., 2017) diferenciaron entre TEPTP agudo, donde sus porcentajes oscilaban entre 4.6 y 6.3%, y entre reunir sólo algunos de los síntomas sin llegar a poder calificarse con TEPTP, los porcentajes de prevalencia subían hasta un 16.8%.

Los diferentes estudios e investigaciones parecen sugerir una tendencia al alza, ya que la mayor parte de los autores encuentra una diferencia de crecimiento significativa entre la prevalencia del trastorno al momento del estudio y el riesgo de desarrollarlo posteriormente a la investigación, teniendo en cuenta factores de riesgo y características de la muestra, siendo algunos de los casos más significativos los de Yildiz et al., (Dikmen-Yildiz et al., 2017a; Yildiz et al., 2017) y de Grekin y O'Hara (Grekin & O'Hara, 2014) concretándose este incremento en un 14.95% y un 12.6% respectivamente.

2.4.2. Sintomatología

El TEPTP supone un sufrimiento para madres, pareja y llega a afectar incluso a la relación con el bebé. La sintomatología es propia y está bien diferenciada de, por ejemplo, la depresión postparto. Si bien es cierto, se pueden presentar ambos trastornos simultáneamente. (C. T. Beck, 2004)

La expresión sintomatológica ha sido expuesta dentro de los criterios diagnósticos durante la definición del síndrome, con la adaptación de los episodios traumáticos al contexto del parto y postparto.

Se incluirían aquí la re-experimentación; con un recuerdo constante del parto, inducido por situaciones; desde el simple hecho de ver a una mujer embarazada o conversaciones acerca de hospitales o centros sanitarios desencadena una respuesta con ansiedad. Esto se manifiesta en forma de pesadillas, en su mayoría nocturnas, que puede afectar al desarrollo de los bebés. (Ferguson, 2018; C. K. Wilson et al., 2017)

Aparecería también la sensación de desconexión con el bebé: no hay sentimiento de pertenencia o de unión, falta de “bonding”. Esto además podría influir en la tasa de amamantamiento y el establecimiento de la lactancia materna. (Dekel et al., 2019; Susan Garthus-Niegel, Horsch, Ayers, et al., 2018; Grekin & O’Hara, 2014)

También podría aparecer incapacidad de sentir nada o ausencia de la realidad además de un estado con tendencia a la obsesión y una necesidad imperativa de hablar de su parto para entender o expresar su trauma, incluyendo comparaciones con otras madres. Podría aparecer además el enfado o la ira con el personal sanitario, familiares o propio (síntomas comunes a la ansiedad y depresión) así como un rechazo a la sexualidad o nueva maternidad; si esta llegase a producirse, con una necesidad materna de diferenciación

extrema de la maternidad previa con por ejemplo solicitud de cesárea si fue parto vaginal. (K Hofberg & Brockington, 2000; Kristina Hofberg & Ward, 2003; Nerum et al., 2006) Además de lo que ha sido descrito por diferentes autores como tocofobia o miedo al embarazo y parto. A estos se le añaden la afectación de la parentalidad positiva y el bienestar del funcionamiento familiar. (Garthus-niegel et al., 2018)

Algunos autores como es el caso de Beck y Casavant han estudiado la evolución de los signos y síntomas, concretando que suelen escalar en intensidad llegando a su punto álgido entre las cuatro y seis semanas postparto, produciéndose después de esto un punto de inflexión que hace que o bien disminuyan o bien persistan durante meses o años. Además, es probable que se produzca un fenómeno de reactivación si hay una nueva maternidad. (C. T. Beck, 2004; C. T. Beck & Casavant, 2019)

2.4.3. Etiología

Se trata de un tema poco estudiado y que está ganando peso en las últimas publicaciones de carácter científico. Pese a todo ello, las cifras epidemiológicas expuestas anteriormente ponen de manifiesto su relevancia dentro del campo científico-sanitario.

Lev-Wiesel et al., (Lev-Wiesel et al., 2009) comenzó su investigación en el campo de los predictores del TEPTP encontrando que las mujeres que sufrieron abusos durante su niñez tendrán mayores efectos negativos a largo plazo en comparación con otros traumas.

Muzik et al., (Muzik et al., 2016) encontraron que la exposición a algún trauma y el estrés del parto parecen jugar un papel importante en la aparición y diagnóstico de TEPTP, además parece que existe un incremento considerable de

estos síntomas en las semanas previas al parto. En cualquier caso, concluyen con la necesidad de ampliar los estudios disponibles.

Una completa lista de variables que pueden afectar negativamente (factores de riesgo) y que pueden afectar positivamente (factores protectores) es lo que encontraron Hernández-Martínez et al. (Hernandez-Martinez et al., 2019) en su estudio transversal con una muestra de 1531 mujeres, donde por un lado parecían actuar como factores protectores: Tener plan de parto, uso de analgesia epidural y contacto piel con piel con el recién nacido.

Por otro lado, como factores asociados al TEPTP actuaban: Parto instrumental, cesárea, presión fundal (Maniobra de kristeller) y desgarros perineales severos, de tercer o cuarto grado; resultados muy similares a los obtenidos por Hernández-Martínez et al., (Hernandez-Martinez et al., 2020) también en un estudio de similares características, medido en el periodo de 4 a 6 semanas postparto, esta vez con una muestra de casi el doble (n=2990) encontrando similares factores tanto de riesgo como protectores.

Sobre la presión fundal y problemas durante el postparto como puede ser la histerectomía de emergencia derivada de una hemorragia postparto versó el estudio de Zaat et al., (Zaat et al., 2018) pero la asociación más fuerte se produjo al relacionar la propia hemorragia postparto con el TEPTP.

En esa misma línea se sitúa el estudio de van Dinter-Douma et al., (van Dinter-Douma et al., 2018) donde encontraron que el consentimiento informado además de la buena comunicación es fundamental especialmente en un contexto de cesárea, lo que parece ayuda a reducir la ansiedad y el estrés al respecto.

Al contrario que los autores anteriormente citados, Angelini et al., (Angelini et al., 2018) en su estudio de cohortes retrospectivo, donde participaron 803

mujeres que habían dado a luz en un periodo de 6 meses a los 5 años; no encontraron cambios significativos entre hemorragias, intervenciones quirúrgicas o incluso admisiones a unidades de cuidados críticos como marcadores de riesgo de TEPTP, sin embargo, parece ser que la baja paridad y una mayor edad sí que se asocian con el riesgo de desarrollar TEPTP.

En contrapunto y de nuevo haciendo referencia a la experiencia traumática del parto, López et al., (Lopez et al., 2017) volvieron a encontrar evidencias en su estudio de cohortes prospectivo entre complicaciones maternas (pre y postparto) y complicaciones anestésicas con respecto al parto por cesárea. Algo que también encontraron Dekel et al., (Dekel et al., 2017) donde el principal predictor de TEPTP se trataba de la experiencia negativo-subjetiva del parto.

Otros autores han intentado establecer predictores más amplios como signos de alarma ante un desarrollo de TEPTP, entre ellos el miedo al parto, la depresión postparto y las variables que se relacionan con el parto (estas son: la satisfacción con la experiencia, desarrollar otros problemas postparto o la definición de la experiencia del parto). Si se considera aparición del TEPTP relacionado con estos tres factores, según el estudio de Capik y Durmaz (Çapik et al., 2018) suponen: miedo al parto, el 3% del total; depresión postparto el 47% y las variables que se relacionan con el parto citadas anteriormente el 14%.

Pocos estudios han relacionado el apoyo social y las habilidades de afrontamiento con el riesgo de desarrollar TEPTP. Algunos de los autores que prestaron atención a las variables psicosociales y su relación con el desarrollo del trastorno de estrés postraumático postparto fueron van Heumen et al., (Heumen et al., 2018). En su estudio analizaron ambos parámetros y los resultados arrojaron que las mujeres con pobres, o moderadas habilidades de afrontamiento estaban en un mayor riesgo de desarrollar TEPTP que aquellas que poseían unas habilidades de afrontamiento más desarrolladas. Algo similar

ocurrió con aquellas con apoyo social reducido en comparación con aquellas que contaban con buen apoyo social.

Otro trabajo de investigación sobre las variables psicosociales como la resiliencia (entre otras variables longitudinales estudiadas en el estudio de Dikmen-Yildiz et al, (Dikmen-Yildiz et al., 2018) demostraron que protegía del desarrollo de TEPTP, así como poco apoyo social y menor miedo al parto, algunos de ellos comentados anteriormente por el estudio de van Heumen (Heumen et al., 2018). Además, se incluyen factores de riesgo o predictores ya identificados por otros autores como trauma perineal o poca satisfacción con el cuidado recibido, siendo determinantes tanto para el TEPTP crónico como posterior al momento del parto.

El apoyo social y la resiliencia personal, se asoció a la capacidad de expresar emociones en este uso del medio social que rodea a las mujeres y existe una disfunción en esta expresión de emociones denominada alexitimia, que según Peeler et al., (Peeler et al., 2018) puede que incremente ese riesgo y vulnerabilidad para con el desarrollo del TEPTP.

Para finalizar, hay que destacar que la mayoría de los estudios relacionan TEPTP con ansiedad y depresión, creando un multiplicador de comorbilidad bastante importante (Yildiz et al., 2017).

En la Figura 3 se presentan una síntesis de los factores que parecen favorecer la aparición de este síndrome y los que se muestra protectores frente al desarrollo del mismo:

Figura 3. Factores de Riesgo y Factores Protectores.

FACTORES DE RIESGO	<i>Factores traumáticos (no asociados al parto)</i> Haber sufrido abusos durante la niñez
	<i>Factores biológicos o sociales</i> Edad avanzada Bajas habilidades de afrontamiento Poco apoyo social Alexitimia
	<i>Factores asociados al parto</i> Estrés durante el parto Parto instrumental Cesárea Presión fundal Desgarros perineales (3º y 4º grado) Hemorragia postparto Histerectomía Baja paridad Experiencia negativo-subjetiva Complicaciones anestésicas Baja satisfacción generalizada con el parto

	<p>No poseer plan de parto</p> <p>No tener analgesia epidural</p> <p>Ausencia de contacto piel con piel</p>
<p>FACTORES PROTECTORES</p>	<p><i>Buenas prácticas durante el parto</i></p> <p>Plan de parto existente</p> <p>Uso de analgesia epidural</p> <p>Contacto piel con piel con el bebé</p> <p>Consentimiento informado</p> <p>Buena comunicación con los profesionales sanitarios</p>
	<p><i>Habilidades sociales o de afrontamiento</i></p> <p>Buena comunicación con los profesionales sanitarios</p> <p>Buenas habilidades de afrontamiento</p> <p>Apoyo social</p> <p>Resiliencia</p>

Fuente: Elaboración propia

2.4.4. Efectos y/o consecuencias

Hablar de repercusiones del TEPTP es hablar de la morbilidad y los problemas a corto y largo plazo que genera no sólo para la propia mujer, también para su entorno, así como el bebé y su familia.

2.4.4.1. Sobre la pareja

Este impacto, según Garthus-niegel et al., (Garthus-niegel et al., 2018) afecta tan negativamente que se convierte en un predictor de una pobre relación de pareja; otros autores como Dikmen-Yildiz et al, (Dikmen-Yildiz et al., 2017b; Yildiz et al., 2017) consideran que tanto el TEPTP como la depresión, que van asociadas para muchos investigadores, afectarían a la convivencia de pareja, además de a la promoción de la parentalidad positiva sobre el bebé recién nacido. (Garthus-niegel et al., 2018)

Otros autores como Benzakour et al., (Benzakour et al., 2019) describen unos síntomas específicos - relacionados con el bienestar de la pareja - para el psicotraumatismo, pero solo se aplican al contexto específico que ellos definen. Thiel et al., (Thiel et al., 2018) describen otros síntomas, esta vez sí, menos específicos de un campo concreto y más asociados al TEPTP en general, estos síntomas se dividirían en cuatro grupos fundamentalmente: Re-experimentar, pesadillas nocturnas y “flashbacks”, evasión junto con la pareja de recuerdos relacionados (otra forma de re-experimentar), pensamientos negativos o carácter negativo y estado de hiper-alerta. Como estos autores concluyen, se asocian bastante bien con la definición de síntomas que se engloba dentro de la clasificación ofrecida por el DSM-5.

2.4.4.2. Sobre la madre

Esta afección o repercusiones, para Ferguson, (Ferguson, 2018) se ejemplifica en principalmente uno de esos posibles síntomas, que se trata de los “flashbacks”, teniendo consecuencias críticas para el bienestar emocional tanto de la madre como del bebé. En el estudio de Wilson et al., (C. K. Wilson et al., 2017) hablaban de esta relación de los padres sometidos a estrés y la afectación del desarrollo del bebé o más concretamente de los niños, encontrando una

relación entre el TEPTP y ese estrés parental que todo ello desembocaba en desarrollo negativo de los niños, aunque aquí hay que matizar un factor que pocos autores incluyen, y se trata de la violencia en la comunidad y la regulación de emociones.

Se ha observado que las mujeres con TEPTP son a su vez más propensas a desarrollar estrés (73%) así como ansiedad y depresión, con un 64% y un 73% respectivamente comparada con aquellas mujeres que no han sido diagnosticadas con TEPTP. Wright et al, (Wright, 2009) lo encontraron en su muestra, obtenida de población caucásica, asiática y de las islas pacíficas, con lo que reconocen que el sesgo étnico puede jugar un papel determinante en dichos datos.

Además de los mencionados, a nivel físico la madre puede experimentar otros síntomas asociados al TEPT que pueden ser de origen cardiovascular, respiratorio, musculo esquelético y neurológico. (McFarlane et al., 1994; Pacella et al., 2013) El TEPT también se ha asociado con mayor frecuencia y severidad del dolor así como problemas gastrointestinales. (Pacella et al., 2013) Otros autores como Gillock et al., (Gillock et al., 2005) encontraron que las personas con síntomas de TEPT demandaban más los servicios sanitarios (en atención primaria) por síntomas físicos intensos, y aunque estos datos pertenecen a una población general, las mujeres que han dado a luz hacen uso de esa atención médica de forma recurrente durante el período postparto, ya que algunos autores han reportado una morbilidad de hasta el 43% (Bang et al., 2004) e incluso otros autores la cifran en 11 veces superior a la mortalidad materna. (Prual et al., 1998) Aunque los estudios anteriores se llevaron a cabo en países en vías de desarrollo como la India o Níger, existen estudios europeos que encontraron complicaciones postparto hasta en un 70.7% de las mujeres participantes; Cómo es el caso de la investigación desarrollada por Zwart et al.,

en Países Bajos, donde participaron un total de 371.021 mujeres. (Zwart et al., 2008)

2.4.4.3. Sobre el niño

Esta importante afectación de la relación madre-bebé es la que Dekel junto con Thiel y otros autores (Dekel et al., 2019) encontraron en su muestra de 685 mujeres postparto, donde se predecía que las mujeres con TEPTP tendrían menor apego al bebé (acrecentado si tenían condiciones psiquiátricas previas al parto) así como el no amamantamiento materno.

Con respecto al recién nacido se ha asociado (Dekel et al., 2019; S Hairston et al., 2018) a un mayor bajo peso al nacer. (Cook et al., 2018) En el puerperio inmediato se asocia además con una menor tasa de inicio de lactancia materna. (Susan Garthus-Niegel, Horsch, Ayers, et al., 2018) A largo plazo, se asocia con peor calidad del sueño del bebé e incrementando el riesgo de problemas de desarrollo comportamental, como el temperamento complicado o irascible. (S Garthus-Niegel et al., 2017; Susan Garthus-Niegel, Horsch, Bickle Graz, et al., 2018)

2.4.4.4. Sobre la lactancia

Precisamente sobre esta práctica, la lactancia materna, es lo que Garthus-Niegel, et al (Susan Garthus-Niegel, Horsch, Ayers, et al., 2018) encontraron, una asociación entre TEPTP y no iniciar la lactancia materna en su estudio longitudinal que llevo a cabo con 1480 mujeres. Esta asociación, también se mantenía con algo de relación en iniciarla, pero no mantenerla durante al menos 12 meses, pero la evidencia encontrada fue insuficiente.

En la revisión sistemática realizada por Cook et al., (Cook et al., 2018) estos autores encontraron que el TEPTP está asociado con bajo peso al nacer y porcentajes más bajos de lactancia materna. Con todo, los autores puntualizan que los estudios revisados fueron heterogéneos y con una pobre o media calidad metodológica.

2.4.4.5. Sobre futuros embarazos

En la expresión sintomática del síndrome se ha expuesto los resultados de investigaciones como las de Beck y Casavant donde establecían el fenómeno de reactivación del síndrome o la expresión de sus síntomas con una nueva maternidad como probable.(C. T. Beck, 2004; C. T. Beck & Casavant, 2019)

Estos efectos a corto, medio o largo plazo que aparecen en la mujer, bebé, pareja o familia son variados y no parecen existir muchos datos aceptados totalmente por la comunidad científica, con lo que hacen falta más estudios. Esa parece ser la conclusión del equipo de Weinreb et al., (Weinreb et al., 2018) en su estudio piloto con el que aplicaron una intervención prenatal enfocada al control y seguimiento del TEPT durante el embarazo para posteriormente comparar esos datos con los datos obtenidos al aplicar criterios de TEPTP, consiguiendo un 86% de participación detectaron una disminución de los síntomas de TEPTP en el grupo control, probando que el apoyo inicial reduce la aparición de criterios diagnósticos y síntomas de TEPTP.

2.4.5. Prevención

Es fundamental para intentar prevenir la aparición de este síndrome el trato de los profesionales y como estos afrontan la situación, así como las posibles complicaciones que puedan aparecer en el momento del parto. Estas acciones

pueden repercutir en la percepción de la mujer de su propia experiencia. Por ello, el Ministerio de Sanidad, políticas sociales e Igualdad (Ministerio de Sanidad, 2015) en su documento de referencia “Estrategia de Atención al Parto Normal” apuesta por minimizar el malestar psicológico en el puerperio debe ser uno de los objetivos de los profesionales. Para ello, algunas de las recomendaciones serían:

a. Ser cautelosos con la información negativa: Especialmente durante el embarazo, ya sea referente a la madre o el bebé. Se ha llegado a establecer la relación entre el estrés materno y el desarrollo cerebral del bebé (O’Connor et al., 2003). No se debe confundir el no informar con el no dar información negativa, siempre tiene que preceder el derecho de información veraz, clara y legítima del paciente (en este caso la madre) pero siempre cuidando la expresión, el entorno y el contexto. También ha de tenerse en cuenta al resto de integrantes de la unidad familiar.

b. Tener en cuenta la situación personal de cada madre: escuchar la historia previa, permitir la expresión de emociones y sentimientos. Además, se debe considerar si ha sufrido experiencias traumáticas previamente, puesto que esto las hará sentirse más vulnerables.

c. Realizar intervenciones para prevenir el sufrimiento psicológico: De entre las que destacan la evitación (si posibilidad) de cesáreas o el intervencionismo médico. Derecho al acompañamiento constante, alguien que haya sido escogido por la madre.

Además, la guía NICE propone una serie de intervenciones que ayudarán a la prevención de la aparición del TEPT después de la exposición, distinguidas por su edad y por la temática de dicha intervención, estas se presentan en la figura 4. (NICE, 2018)

Figura 4. Intervenciones en prevención para los pacientes, distinguidas por su edad y por la temática de dicha intervención (NICE).

Niños y Adolescentes	Prevención	<p>Considerar monitorización activa o terapia cognitivo-comportamental un mes más tarde del evento (sobre todo si menores de 18 años)</p> <p>Considerar un grupo de apoyo, de 5-15 sesiones, con un moderador entrenado</p> <p>Incluir psicoeducación sobre las reacciones del trauma, estrategias de manejo de “flashbacks” y planificaciones de seguridad, para ayudar a sobreponerse a la evasión.</p>
Adultos	Prevención	<p>Ofrecer terapia cognitivo-comportamental centrada en el paciente con síntomas de estrés agudo y que han sido expuestos hace menos de un mes. Estas intervenciones pueden incluir:</p> <p>Terapia de procesamiento cognitivo</p> <p>Terapia cognitiva</p> <p>Terapia de exposición narrativa</p> <p>Terapia de exposición prolongada</p>

Fuente: Elaboración propia

Prevención en la cesárea como prevención de TEPTP

Para prevenir la aparición del TEPTP durante el parto por cesárea, hay una serie de intervenciones que podemos llevar a cabo: (Ibone Olza, 2003; Ministerio de Sanidad, 2015; Olza Fernández, 2013)

a. Preguntar a la madre y/o pareja sobre sus deseos respecto al tipo de anestesia, sutura, atención al bebé, postparto incluyendo preferencias para fotos, vídeos si es posible.

b. Respeto y confianza desde el momento de la decisión, y hasta finalizar la intervención

c. Dar espacio a la madre. Es bueno fomentar la comunicación con el bebé no-nato aún, así como su pareja.

d. Intentar colocar todos los instrumentos médicos en el mismo lado, desde vías, hasta instrumentos de control de constantes vitales (permitiendo dar maniobrabilidad a la madre para dar de mamar, etc.)

e. Presentar el bebé a la madre; ya sea bajando la sábana de campo operatorio o mostrándole el bebé directamente sin tocar este campo.

f. Favorecer el contacto piel con piel lo antes posible, pudiendo establecer la lactancia materna desde ese mismo instante.

g. Evitar al máximo (dentro de las posibilidades de la situación médica de la madre y del bebé) la separación de ambos. Haciendo esto se evita el trauma (pudiendo ser o no iatrogénico) de esta separación y reducir al máximo las posibilidades de desconexión madre-bebé, favoreciendo el establecimiento del “bonding”.

h. Considerar la anestesia: si la oscilación de consciencia de la madre fluctúa, focalizar el cuidado del bebé en el padre o acompañante.

i. Apoyo a la lactancia: desde el mismo instante que la madre puede, quiere o se siente con ánimos de intentarlo, dando mensajes positivos y ofreciendo consejos y técnicas.

j. Debriefing: repasar junto con la madre, pareja o acompañante todo lo acontecido si ello ayuda a la madre a entender que pasó, usando si procede, los documentos que se rellenaron durante la intervención.

Se deben de incluir indicaciones para profesionales sanitarios en la práctica clínica consiguiendo con ello prevenir la aparición del síndrome si es posible, ya que se ha asociado la remisión sintomática en un 31,4 % de los pacientes que padecen TEPT originado por causa médica, considerándose el parto, postparto y puerperio como tal; la prevención frente al tratamiento es una opción fundamental. (Ehring et al., 2014)

2.4.6. Modelos de predicción y pruebas de cribado

El TEPT es un problema de salud pública a nivel nacional e internacional. Por ello el diagnóstico, es fundamental. Poniendo especial énfasis en el diagnóstico diferencial. (Crespo et al., 2012; Neumeister et al., 2013)

Es importante señalar que si este trastorno persiste, puede llegar incluso a modificar el carácter de la persona, debido al curso fluctuante del síndrome. (American Psychological Association (APA), 2017b)

Existen diversas escalas y pruebas de detección precoz del síndrome de origen general (basadas en las experiencias, tipología del trauma, basados en los cambios comportamentales...); se pueden clasificar en escalas basadas en la entrevista, basadas en cuestionarios de tipo diagnóstico para el TEPT, escalas sobre aspectos específicos relacionados con el TEPT, escalas y cuestionarios generales sobre el TEPT y cuestionarios de interferencia o discapacidad. Se pueden consultar algunos ejemplos en el *Anexo 1*.

En la población turca, Dikmen-Yildiz et al., (Dikmen-Yildiz et al., 2017a) validaron una versión del PDS (Posttraumatic Diagnostic Scale). Para ello seleccionaron a su muestra (n=829). Después se realizó una división donde había 68 participantes con TEPT y se seleccionó aleatoria mente a un grupo de mujeres con TEPT, en este caso 66, mediante una entrevista clínica estructurada se analizó a ambos grupos, estableciendo que ese cuestionario es perfectamente efectivo para el cribado de TEPT referido al ámbito postparto (TEPTP).

Otro cuestionario usado en este ámbito es el PTSD Sympton Checklist (PCL-5) que usaron en su población de referencia Heumen et al., (Heumen et al., 2018) para analizar el papel de apoyo social, habilidades de afrontamiento, historia de problemas psiquiátricos y miedo al parto en el desarrollo de TEPTP. Si bien es cierto que en su estudio lo combinaron con el uso de otros cuestionarios y herramientas como el Oslo social support scale (OSS-3) y de afrontamiento (habilidades), la llamada Antonovosky's sense of coherence scale, (SoC). Otro ejemplo más de la utilidad de este tipo de cuestionarios, una vez ya validados y que pone de manifiesto la necesidad de tratar de validar uno en territorio español.

El cuestionario más adaptado internacionalmente fue desarrollado por Callahan e Hynan, (Jennifer L Callahan & Hynan, 2002) dicho cuestionario "Perinatal Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire" dio como resultados la utilidad para identificar factores significativos para el malestar de las madres durante el período postparto.

No sería hasta 2006, cuando el cuestionario sufriría algunas modificaciones para mejorar su utilidad en la práctica, siendo llamado PPQ (por sus siglas en inglés), para ello usaron un diseño de validez convergente y divergente que fue testeado con madres de alto riesgo (Dekel et al., 2017) y de bajo riesgo (Benzakour et al., 2019). El cuestionario estaba basado en opciones de respuesta dicotómicas con un formato de escala "likert". Este formato apoyó la validez del

cuestionario con buenos resultados, ayudando a discernir entre aquellas mujeres que en el periodo postparto necesiten ayuda de los servicios de salud mental.

Esta herramienta ha sido validada en diferentes lenguas como la inglesa (Quinnell & Hynae, 1999) en coreana (Park et al., 2016), también en lengua China (Zhang et al., 2018) y francesa (Pierrehumbert et al., 2004), aunque esta última, diferenciándose en la versión original con respuesta dicotómica. Sin embargo, aunque en el ámbito de los países de lengua española, se ha utilizado, (Hernandez-Martinez et al., 2019, 2020) actualmente no se ha validado en este tipo de población.

2.4.7. Tratamiento

El tratamiento del TEPT puede ser de origen medicamentoso o farmacológico y/o terapéutico, mediante el uso de la psicoterapia.

2.4.7.1 Tratamiento farmacológico - farmacoterapia

Para el tratamiento del TEPT existen diversas guías de práctica clínica y protocolos de atención. La evidencia científica ha demostrado en los últimos tiempos que la mejor forma de afrontar el tratamiento de este síndrome es la combinación de tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos. (Thomas & Stein, 2017)

En la actualidad sólo existe un grupo de fármacos que tienen autorizaciones nacionales e internacionales para ser usados en el tratamiento del TEPT, y estos son los Inhibidores Selectivos de la Receptación de Serotonina (ISRS); y dentro de este grupo tendríamos la sertralina y la paroxetina. (Ipser & Stein, 2011)

La eficacia de los ISRS parece consistente con el papel de la serotonina en el TEPT normalizando la disfunción de estos sistemas. (Albert et al., 2014; Pittenger & Duman, 2008) (Hoskins et al., 2015; Ipser & Stein, 2011; Thomas & Stein, 2017)

Otros fármacos también utilizados son las benzodiacepinas (Ipser & Stein, 2011) y antipsicóticos atípicos (Thomas & Stein, 2017). Existen además fármacos alternativos: Propanolol (Dębiec et al., 2011), hidrocortisona (Delahanty et al., 2018), y opioides (Lake et al., 2019). Todos estos tratamientos han sido aprobados a nivel internacional (en EEUU por la FDA que se encarga de controlar la administración de medicamentos y su seguridad; en Europa por la agencia europea del medicamento o EMA y en España por la agencia española del medicamento y productos sanitarios o AEMPS).

Por último, al tratarse de un campo en un momento de evolución e investigación constante se han sugerido otros potenciales fármacos para que puedan ser utilizados como podrían ser la ketamina, cannabinoides y ácidos grasos poli-insaturados omega 3. (Moreno Fernandez, 2019)

2.4.7.2. Tratamiento no farmacológico - psicoterapia

Se han validado varias técnicas que forman parte de la psicoterapia. Desde la re-exposición al trauma (Bisson et al., 2013) hasta la psicoeducación. Además, según Foa et al., (E B Foa et al., 1999) una de las intervenciones que más efectividad han demostrado en la práctica basada en la experiencia se trata de la terapia de exposición prolongada (EP) ya sea esta aplicada en situaciones reales o simuladas.

La terapia cognitivo-conductual o cognitivo-comportamental (TCC) ha venido demostrando en los últimos años su efectividad, y para entender mejor

que es lo que la define, a continuación se describen sus principios: (A. Beck, 1979; E B Foa et al., 1999; Hollon & Garber, 1990)

- a. Fundamentada en el comportamiento y la parte cognitiva – de ahí su nombre.
- b. Orientada en el eje temporal presente y casi siempre a corto plazo.
- c. El énfasis recae sobre el tratamiento, evaluación y seguimiento, por tanto orientada a la resolución sintomática.
- d. La paciente y el profesional que ejerce de terapeuta tienen una relación colaborativa.
- e. Fomenta la independencia del/la paciente, proponiendo ese cambio y facilitándolo, así como la resolución de problemas que lo posibiliten.
- f. Uso del raciocinio para desmontar las creencias del paciente.
- g. Planifica el proceso psicoterapéutico y utiliza un calendario o agenda para dar continuidad.

Se puede concluir que trabaja principalmente sobre ideas y conductas.

La APA (American Psychological Association (APA), 2017b) estableció una guía con las intervenciones psicoterapéuticas más utilizadas, exponiendo sobre cada intervención el nivel de recomendación, duración, temporalidad y número de sesiones; se incluyeron en esta relación de intervenciones: la Terapia cognitivo-comportamental, la Terapia cognitiva, la Exposición prolongada, la Terapia del ensayo imaginario, el Entrenamiento en inoculación del estrés o la Regulación del afecto del trauma. *Anexo 2*.

2.4.7.3 Tratamiento específico para el TEPTP

Desde una perspectiva enfocada al trato con el paciente, el tratamiento del TEPTP tiene tres pilares fundamentales que son: Escucha empática, información clara y expresión de sentimientos, si el contexto es el adecuado. (Ministerio de Sanidad, 2015)

a. Ofrecer escucha empática: una escucha empática, sin juzgar, intentando comprender porque ese parto resultó traumático para esa mujer ya puede ser una intervención terapéutica.

b. Ofrecer información clara: sobre como fue el parto o sobre la posibilidad de que la madre sufra un estrés postraumático, desculpabilizando y ofreciendo psicoeducación. Existe la posibilidad de revisar la documentación del parto junto con la madre, esto facilitará el entendimiento por parte de ella de todo lo acontecido.

c. Expresión de sentimientos (en contexto adecuado): principalmente cuando la madre busque apoyo y comprensión. Considerar los grupos de autoayuda o los mismos profesionales sanitarios, promoviendo unos sujetos que escuchen su versión.

El Ministerio de Sanidad considera a su vez que la lactancia materna puede ser una herramienta que le dé a la madre más sensación de control y “bonding” con su bebé, pudiendo llegar a adquirir un carácter terapéutico e incluso de empoderamiento. (Ministerio de Sanidad, 2015)

El instituto NICE por su parte establece que los principios del cuidado del TEPT deberían ser: (NICE, 2018)

a. Apoyar a las personas con este trastorno y que estas mismas apoyen a otras con su mismo síndrome, para ello desde dar información en formatos verbales, escritos o cualesquiera estén disponibles.

b. Dar información que apoye a las personas que lo padecen y sus familias, y que esta información cubra las reacciones comunes a los eventos que originaron el síndrome, los síntomas, tratamiento y evolución de la patología. Además de las valoraciones y las opciones de apoyo.

c. Apoyo de colegas: es decir, grupos de ayuda moderados por profesionales entrenados para así reducir el riesgo de exacerbación de síntomas.

d. Ser consciente del riesgo que producen la exposición a los entornos relacionados con el trauma y los elementos que provocan los síntomas.

e. Involucrar a la familia en el cuidado de los pacientes, obviamente en la medida de lo posible, ya que ellos saben las necesidades de sus familiares y como poder satisfacerlas de la mejor forma posible.

f. Considerar el apoyo práctico y emocional por derivación a recursos comunitarios o del sistema sanitario.

Todo ello converge en estas medidas generales:

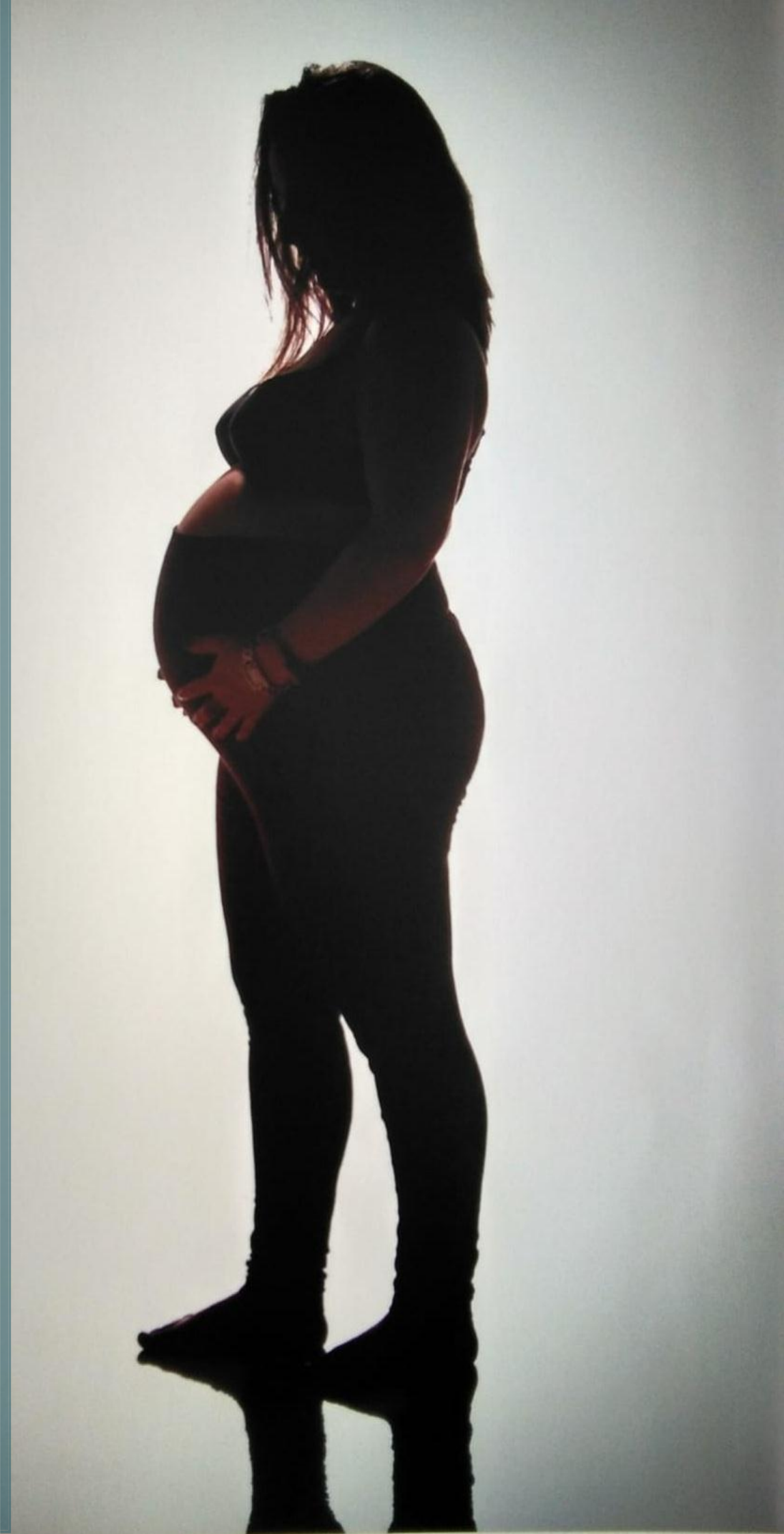
Planear el tratamiento y el sistema de apoyo: Cuando se valoran las opciones de tratamiento con el paciente y su familia, dar información sobre todas las intervenciones que se propongan incluyendo objetivo, contenido, duración, contexto, modo de puesta en marcha, posibilidades reales de mejora y recuperación. Tener en cuenta las preferencias de la persona y si ha tenido tratamientos previos, así como su historia de vida o su situación social. Siempre teniendo en cuenta las guías de práctica clínica y los protocolos pero además, siendo flexibles en la medida de lo posible.

Monitorización activa: aunque los síntomas se hayan visto reducidos, tener en cuenta que pueden volver. Lo recomendado es re-evaluar en al menos un mes.

“Debriefing” Psicosocial: No ofrecerlo a no ser que sea psico-social, no únicamente psicológico.

Además de todas las reglas básicas anteriores, la guía NICE propone una hoja de ruta con diferentes intervenciones para los pacientes, distinguidas por su edad y por la temática de dicha intervención que se puede consultar en el *Anexo 3*.

J
U
S
T
I
F
I
C
A
C
I
Ó
N



3. JUSTIFICACIÓN

Lo que supone una aproximación hacia un consenso global en la comunidad científica que ha deparado su atención sobre este tema, es la importancia de desarrollar herramientas que ayuden al cribado del TEPTP. Estas herramientas, pese a que algunas de ellas son existentes en la actualidad, en España, actualmente, no se ha validado aún ningún cuestionario que sea capaz de apoyar la práctica de las matronas, enfermeras, y cualquier profesional sanitario en el cuidado de mujeres durante el proceso del parto, postparto y puerperio.

Polachek et al., (Polachek et al., 2012) concluyeron en su estudio, que se hace necesario una herramienta para el diagnóstico, un cuestionario. Diversos autores, como es el caso de Beck y Casavant (C. T. Beck & Casavant, 2019), llegaron a la conclusión en sus estudios que era necesario desarrollar un instrumento para cribar a las mujeres con factores de riesgo de TEPT relacionados con el parto y traumas que aquí se produzcan. Algo que contrasta con los hallazgos de Sentilhes et al., (Sentilhes et al., 2017) donde una simple pregunta en el segundo día postparto, podía ser suficiente para identificar a las mujeres con riesgo de desarrollar TEPTP y dictaminar si alguna intervención es necesaria.

Vignato et al., (Vignato et al., 2017) encontró en su estudio, solo para población estadounidense, la necesidad de una rápida evaluación e intervención del TEPTP era crucial para la prevención de efectos negativos tanto para el bebé como la madre, y de una forma sutil expresaron la necesidad de desarrollar una herramienta válida.

A pesar, de la necesidad de disponer de una herramienta validada, sin embargo, aunque en el ámbito de los países de lengua española, se ha utilizado un cuestionario apto para cribar el TEPTP, (Hernandez-Martinez et al., 2019, 2020) actualmente no se ha validado en este tipo de población. El poder contar con una herramienta válida para el cribado del TEPTP y utilizarla para fines clínicos además de tener aplicaciones en investigación es necesario, considerando la lengua española como una de las más habladas del mundo. (Instituto Cervantes, 2020)

Se trata de un problema prevalente (Allen, 1998; C. T. Beck & Casavant, 2019; Cook et al., 2018; Creedy et al., 2000; Grekin & O'Hara, 2014; Khoramroudi, 2018; Soet et al., 2003; Yildiz et al., 2017) que tiene complicaciones y consecuencias nocivas para el bebé, la madre y el entorno familiar. (Susan Ayers, 2004; Ferguson, 2018; Garthus-niegel et al., 2018; K Hofberg & Brockington, 2000; Kristina Hofberg & Ward, 2003; Nerum et al., 2006; Olde et al., 2006; C. K. Wilson et al., 2017) Existen además pocos estudios que investiguen el TEPTP y los factores de riesgo relacionados con el embarazo, parto y postparto; teniendo estos algunos resultados incongruentes o recomendando sus autores más estudios. (Fisher et al., 1997; Mahmoodi et al., 2016; Sentilhes et al., 2017; Söderquist et al., 2002)

O
B
J
E
T
I
V
O
S



4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Conocer la magnitud del Trastorno de Estrés Postraumático Perinatal, sus factores asociados, así como, validar el cuestionario “Perinatal Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire (PPQ)” para el cribado de trastorno de estrés postraumático postparto en población española.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

4.2.1 Validar el cuestionario “Perinatal Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire (PPQ)” para cribar el Trastorno de Estrés Postraumático posparto en Español en mujeres españolas.

4.2.2. Desarrollar y validar un modelo predictivo de riesgo de Trastorno de Estrés Postraumático en el postparto.

4.2.3 Determinar la asociación entre prácticas clínicas llevadas a cabo durante la asistencia al parto eutócico o situaciones clínicas que se originan durante el mismo y el riesgo de Trastorno de Estrés Postraumático postparto.

4.2.4 Identificar los factores asociados con el Trastorno de Estrés Postraumático postparto que puedan determinar su aparición hasta un año después de que se haya producido el parto.

M
E
T
O
D
O
L
O
G
Í
A



5. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio transversal con mujeres que habían dado a luz en España durante los meses de Septiembre, Octubre, Noviembre y Diciembre de 2019. La población de referencia fueron las mujeres que habían dado a luz en España tanto en hospitales públicos, como privados o en su domicilio. Sobre estas mujeres se aplicaron los criterios de inclusión y de exclusión, en función del objetivo, para determinar finalmente la población objeto de estudio.

Los criterios de inclusión establecidos varían en función del objetivo, de igual manera el cálculo del tamaño muestral varía para cada objetivo por ello se detallan de forma independiente a continuación:

5.1. OBJETIVO 1

Los criterios de inclusión eran mujeres puérperas españolas de más de 18 años y que no hubiese pasado más de 6 meses desde el momento del parto además de un nivel de instrucción suficiente para leer y comprender el español. Los criterios de exclusión eran la negativa a participar de la mujer. Para la estimación del tamaño muestral se utilizó el criterio de modelización máxima que exige incluir 10 sujetos por cada variable independiente (Peduzzi et al., 1996) necesitando un mínimo de 140 mujeres como población elegible. Finalmente como población objeto de estudio participaron un total de 432 mujeres.

5.2. OBJETIVO 2

La población de estudio fue una cohorte retrospectiva de mujeres puérperas españolas que dieron a luz de 2018 a 2019. Precisaban de un nivel de comprensión para lectura y escritura de la lengua española así como tener 18 años o más. Los criterios de exclusión eran el rechazo a la participación. Debido a la complejidad de la valoración de ambos modelos (A y B) se optó por reclutar al mayor número de mujeres posible, suponiendo un total de participantes 2627. Encontrándose divididas en dos, por un lado cohorte derivada con 1752 mujeres suponiendo dos tercios del total de la población de estudio y una segunda cohorte, siendo esta de validación con 875 mujeres. Previamente se había estimado una población objeto de estudio necesaria de al menos 150 mujeres utilizando el criterio de modelización máxima de Peduzzi descrito anteriormente. (Peduzzi et al., 1996)

5.3. OBJETIVO 3

Los criterios de inclusión eran mujeres puérperas españolas de más de 18 años y que hubieran dado a luz en España con un parto eutócico en los últimos 12 meses. Se requería comprensión escrita y lectora del español. Los criterios de exclusión eran la negativa a participar. Se utilizó el criterio de modelización máxima de Peduzzi (Peduzzi et al., 1996) para determinar el tamaño muestral, estableciendo la necesidad de al menos 80 mujeres con posibilidad de TEPT y un mínimo fijado en 800 mujeres de población objeto de estudio. La población objeto de estudio finalmente sumó a 839 mujeres.

5.4. OBJETIVO 4

La población de referencia fueron las mujeres que habían dado a luz en España tanto en hospitales públicos, como privados o en su domicilio, así como que el momento del parto se hubiera producido en los últimos 12-36 meses. Se requería de poseer un nivel de instrucción suficiente para leer y comprender el español. Se excluyeron a las mujeres menores de 18 años. Considerando el criterio de modelización máxima de Peduzzi (Peduzzi et al., 1996) se requerían de forma global unas 588 mujeres, finalmente se decidió incluir todas las mujeres que cumplieran los criterios de inclusión durante el estudio, lo que sumó la cifra de 1301 participantes a la población objeto de estudio.

5.5. TÉCNICA DE MUESTREO

Los cuestionarios de las mujeres se recogieron de manera consecutiva.

Recogida de datos: Fuentes de información

Los datos fueron recolectados utilizando un cuestionario en línea previamente probado, (pilotado) y se distribuyó a las mujeres a través las principales asociaciones de mujeres y la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), así como sus asociaciones miembros que implicaron a las matronas en la difusión del proyecto y en la captación de participantes. Una vez seleccionadas las mujeres a estudio y aceptaban participar se les proporcionaba las instrucciones para cumplimentar el cuestionario que, después la mujer rellenaba en virtud de su disponibilidad. Existía un teléfono y chat para poder dar respuesta a las dudas planteadas por estas mujeres en la cumplimentación del cuestionario. Esta recogida de datos se

realizó de Septiembre a Diciembre de 2019. Podían acceder a este cuestionario mediante un enlace de Google Forms.

Instrumentos

Para la recogida de la información se utilizó un cuestionario online de elaboración propia que contenía preguntas abiertas y preguntas cerradas, que se pasó a las mujeres. El lenguaje utilizado en el cuestionario era comprensible por todos los niveles educativos, lo que llevo a tener que utilizar términos coloquiales en lugar de términos técnicos, por ejemplo; en lugar de hipertensión arterial se usó tensión arterial alta. Este cuestionario fue pilotado previamente. Para determinar la presencia de riesgo de trastorno de estrés postraumático postparto se utilizó la versión modificada del cuestionario de estrés postraumático perinatal (PPQ), originalmente diseñado por Callahan. (J. L. Callahan et al., 2006)

5.6. VARIABLES DE ESTUDIO

5.6.1. *Variables independientes*

Variables sociodemográficas

- Edad: en años.
- Nivel de estudios: sin estudios, estudios primarios (EGB o primaria), secundaria, bachillerato/FP o titulación universitaria.

- Situación laboral: En el momento de la participación; trabajando a jornada completa, trabajo a tiempo parcial, de baja, en excedencia o en desempleo.
- Nacionalidad: Española u otra (indicar cuál).
- Nivel de ingresos: menos de 1.000 euros, entre 1.000 y 2.000 euros, entre 2.000 y 3.000 euros, entre 3.000 y 4.000 euros o más de 4.000 euros.

Variables antropométricas

Se incluyen las recogidas a continuación para describir la población de estudio de una forma más específica.

- Peso antes del embarazo: en Kg con 1 decimal.
- Peso en el momento del parto: en Kg con 1 decimal.
- Altura: en centímetros.

Resultados obstétricos

Las siguientes variables se incluyen ejerciendo un papel fundamental para el desarrollo de los objetivos, puesto que su inclusión surge como resultado de los potenciales factores de riesgo de desarrollar TEPT identificados en la literatura. (Adewuya et al., 2006; Andersen et al., 2012; S. Ayers et al., 2016; M. M. Cohen et al., 2004; DeMier et al., 1996; Elklit et al., 2008; Fairbrother & Woody, 2007; Halperin et al., 2015; Hernandez-Martinez et al., 2019, 2020; Söderquist et al., 2002; Srkalović Imširagić et al., 2017) y derivados de la experiencia clínica de los profesionales sanitarios.

- Embarazo planeado: Sí/No.

- Asistencia a clases de preparación al parto (no, si menos de cinco, si al menos cinco clases).
- Número de embarazos previos.
- Número de abortos.
- Número de partos vaginales previos.
- Número de cesáreas previas.
- Tiempo transcurrido entre el anterior aborto o parto y el siguiente embarazo (periodo intergenésico): menos de 1 año, entre 1 y 2 años, entre 2- 4 años, entre 4-10 años y más de 10 años.
- Provincia de España donde se produjo el parto.
- Número de meses que ha transcurrido desde que nació su último hijo: números enteros con un decimal, por ejemplo un mes y medio se respondería como 1.5.
- Recién nacido vivo en el último parto: Si/No
- Semanas de gestación en la que se produjo el parto: A término (igual o más de 37 semanas), prematuro moderado (De 32 a 37 semanas), muy prematuro (De 28 a 32 semanas), prematuro extremo (menos de 28 semanas).
- Número de recién nacidos en el parto: Parto único, gemelar, tres o más recién nacidos.
- Existencia de algún problema de salud relacionado con el embarazo: Hipertensión arterial, diabetes tratada con dieta, diabetes tratada con insulina, hipertiroidismo, hipotiroidismo, Anemia en tratamiento con

hierro, colestasis intrahepática, amenaza de parto prematuro), trombosis venosa, oligoamnios, polihidramnios, otros problemas de salud no especificado.

- Lugar en el que se produce el parto: hospital público, hospital privado, casa de partos o domicilio.
- Problemas de salud que aparecieron en el momento del parto: alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal, líquido amniótico teñido, sangrado vaginal moderado o severo, rotura uterina, no progresión de parto, sospecha de desproporción cefalopelvica, fiebre, episodio de hipertensión, otros problemas no especificados.
- Se requirió ayuda médica para conseguir el embarazo: concepción natural o artificial (inseminación artificial o fecundación in vitro).
- Parto inducido: Si/No. Si la respuesta era si, podían detallar la razón para ello.
- Uso de oxitocina en el parto: Sí/ No.
- Presentación de plan de parto: Si/No, en caso afirmativo, fue respetado o no.
- Uso de analgesia durante el parto: Si/No. Si la respuesta es afirmativa de qué tipo: Métodos naturales (acupuntura, homeopatía, musicoterapia, masajes, inmersión en el agua, inyecciones de agua en la zona lumbar, etc., epidural o raquianestesia, gas (óxido nitroso o entonox), anestesia general, otros métodos con medicamentos distintos a los anteriores.
- Tipo de parto: parto normal o eutócico, instrumental (ventosa, fórceps, espátulas, no sabe especificarlo), cesárea programada, cesárea urgente.
- Desgarro perineal: En caso afirmativo si necesitó revisión posterior.

- Se estableció contacto piel con piel con el recién nacido: Sí/ No.
- Inicios de lactancia materna precoz en la primera hora de vida del recién nacido: Sí/ No.
- Requirió ingreso el recién nacido en alguna unidad de cuidados (intensivos y no intensivos) y motivo del ingreso.
- Tipo de alimentación del recién nacido al alta: (considerando este momento como el tercer día si fue parto en el domicilio); Materna (exclusivamente), mixta (leche materna y también leche artificial), únicamente artificial.
- Necesidad de intervención quirúrgica a la madre en el postparto: Sí/ No, en caso afirmativo, especificar la intervención que se le realizó.
- Necesidad de Ingreso materno en la unidad de cuidados intensivos: Sí/ No.
- Duración de la estancia hospitalaria postparto: También se contempló la opción de parto en casa y por lo tanto no era aplicable.
- Readmisión hospitalaria: Sí/No, en caso afirmativo, especificar la razón por la que se produjo.
- Motivo por el que no se da lactancia materna si fuera el caso: Por incorporación laboral inmediata, falta de recomendación o de apoyo de los profesionales sanitarios, tener que separarse de su hijo, bien por problemas de ella o del bebé, preferencia de leche artificial, razón estética, o ser considerado innecesario.
- Lactancia previa en otros hijos: Sí/No.

Prácticas clínicas que se le habían realizado

Las prácticas clínicas surgen como principal respuesta a la actuación del profesional sanitario que atiende el parto y su desempeño durante el cuidado, considerando estas variables se puede analizar las interacciones entre determinadas prácticas e intervenciones y su reflejo en el estado de salud de la mujer. Siendo todas estas prácticas comunes en sus opciones de respuesta dicotómica, pudiendo escoger entre sí y no.

- Realización de Episiotomía: Sí/No.
- Se produjo el Rasurado de genitales: Sí / No.
- Administración de Enema: Sí / No.
- Indicación de permanecer acostada todo el tiempo: Sí/ No.
- Imposibilidad de libertad de movimiento: Sí / No.
- Amniorrexis artificial: Sí / No.
- Administración de oxitocina durante el parto: Sí/ No.
- Realización de tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes profesionales Sí / No.
- Realización de maniobra de Kristeller: Si/No.
- Parto por Cesárea: Sí / No.
- Extracción manual de la placenta sin anestesia: Sí / No.
- Realización de un legrado obstétrico: Sí/ No.
- Percepción de faltas de respeto por parte personal sanitario: Sí/No.
- Fue objeto de Sobrenombres o apodos peyorativos: Si/No.

- Fue objeto de crítica o recriminación por llorar, expresar sentimientos o gritar: Sí/ No.
- Percibió que no tenía la suficiente capacidad de comunicarse: Sí/ No.
- Negación de tener acompañamiento durante el parto: Sí/No
- Se estableció contacto precoz piel con piel entre la madre y el recién nacido: Sí/No

Opinión de las mujeres

La opinión de las mujeres contempla diversas variables para poder analizar las relaciones existentes entre la percepción del proceso de parto y el rol que esto ocupa en la construcción de su propia experiencia. (M. Cohen et al., 2016; Kuehni, 1992; Levin et al., 1995) Estas opciones de respuesta se presentaron en formato tipo Likert, dando opciones desde nada, poco, algo, bastante y mucho.

La medida en la que se sintió protagonista durante el parto: nada, poco, algo, bastante y mucho.

Se sintió Apoyada por su pareja: nada, poco, algo, bastante y mucho. Considerando el conjunto de embarazo, parto y postparto.

Se sintió Respetada por los profesionales: nada, poco, algo, bastante y mucho. Considerando el conjunto de embarazo, parto y postparto.

Grado de Satisfacción con la experiencia del parto: nada, poco, algo, bastante y mucho.

Tuvo Sentimiento de vulnerabilidad, culpa e inseguridad.

Por último se les facilitaba un espacio libre para relatar su experiencia si así lo deseaban.

5.6.2. Variables dependientes

Variables contempladas dentro del cuestionario PPQ

Dados los objetivos del desarrollo de esta tesis, se incluyen estas variables para facilitar los mismos, tras su adaptación a la lengua española del original de Callahan et al. (J. L. Callahan et al., 2006)

El instrumento está compuesto por 14 ítems. Las diferentes puntuaciones para cada pregunta son: (0) nada; (1) una o dos veces; (2) a veces; (3) a menudo, pero menos de 1 mes; (4) A menudo, durante más de un mes. El rango clínico para madres de alto riesgo se establece en 19 o más puntos. Estableciendo el rango clínico en la puntuación de 19 o más ha demostrado buena sensibilidad (0.82) indicando que es probable que la herramienta identifique a mujeres con necesidad de derivación para terapia. El valor predictivo positivo se sitúa en 1.78 mientras que el valor predictivo negativo se establece en 0.33; Lo que quiere decir que si una mujer obtiene una puntuación de 19 puntos o más en el cuestionario, es probable que necesite derivación para terapia casi dos veces más si se compara con una mujer con alto riesgo pero que obtiene una puntuación menor. (J. L. Callahan et al., 2006) El cuestionario de trastorno de estrés postraumático perinatal ha demostrado buenas propiedades psicométricas identificando las madres que están en riesgo de desarrollar la patología tanto en su diseño inicial como sus posteriores versiones. (J. L. Callahan et al., 2006; Jennifer L Callahan & Hynan, 2002) Se puede apreciar en la figura 5.

Figura 5. Perinatal Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire (PPQ) - Versión Española.

	Nada (0)	Una o dos veces (1)	A menudo, pero menos de un mes (2)	A menudo, pero más de un mes (3)
¿He tenido sueños o pesadillas relacionados con el nacimiento de mi bebé?				
¿Me trae malos recuerdos pensar en mi parto o en la estancia de mi bebé en el hospital?				
¿He tenido la sensación repentina de que mi parto volvía a ocurrir (flashback)?				
¿Intento o he intentado evitar pensar en lo relacionado con el nacimiento de mi hijo/a?				
¿Evito hacer cosas que me recuerden el parto o la estancia en el hospital?				
¿Tengo lagunas o me cuesta recordar momentos de mi estancia hospitalaria?				
¿Noto menos interés en cosas con las que antes sí disfrutaba?				
¿Me siento sola o distanciada de los demás?				
¿Me ha resultado difícil sentir cariño o amor por los que me rodean?				
¿Estoy teniendo dificultades para dormir?				
¿Me he sentido más enfadada con los demás que anteriormente?				
¿Tengo dificultades para concentrarme a raíz del parto?				
¿Me noto más irritable? (Como si por ejemplo el ruido me molestara más de lo habitual).				
¿Me siento más culpable respecto a las				

circunstancias que rodearon el nacimiento de mi hijo de lo que me parecería normal?				
---	--	--	--	--

Fuente: Adaptada de (J. L. Callahan et al., 2006; Jennifer L Callahan & Hynan, 2002)

5.7. ANÁLISIS DE DATOS

Aunque en función de cada artículo se llevó a cabo un análisis diferente, ajustando el mismo a las características del manuscrito, la estadística descriptiva está presente en todos ellos, considerando frecuencias tanto absolutas como relativas para las variables cualitativas y siendo media y desviación estándar la forma de presentar las variables cuantitativas.

5.7.1. Objetivo I

En primer lugar, para determinar la validez de la escala utilizada, se analizaron tres de los tipos de validez más comunes: validez de constructo, validez convergente y validez de criterio.

Para la validez de constructo, se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) para determinar los factores subyacentes a través de un análisis de componentes principales (PCA). Antes de realizar el AFE, se analizaron las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y las pruebas de esfericidad de Bartlett, para determinar si era apropiado aplicar este análisis. Para que este sea el caso, el KMO debe estar por encima de 0,6 y lo más cerca posible de 1, y la esfericidad de Bartlett, que consiste en la prueba de hipótesis estadísticas, debe ser inferior a 0,05 para rechazar la hipótesis nula de esfericidad y asegurar que el modelo factorial es adecuado para explicar los datos. En el EFA, se utilizó la

rotación Varimax para ayudar a aclarar la asignación de elementos a diferentes factores. Para determinar el número de factores a retener, se usó el criterio de Kaiser, que es uno de los criterios más utilizados. Conserva factores con valores propios mayores que el valor unitario. (Tabachnick & Fidell, 2013)

Dentro de la validez de constructo, también se analizó la validez convergente, con el fin de establecer la relación entre el PPQ y los factores que se cree que están asociados con el riesgo de TEPT, como el tipo de nacimiento, el ingreso del recién nacido en una unidad de cuidados intensivos (UCIN), tipo de alimentación, estancia hospitalaria, entre otros. Por lo tanto, se realizó un análisis bivalente utilizando las pruebas de chi-cuadrado de Pearson o t-student de Fisher, dependiendo de si los datos de la variable eran cualitativos o cuantitativos. Los resultados se consideraron estadísticamente significativos cuando $p < 0,05$.

Para estudiar la validez de los criterios se aplicó la escala de Edimburgo con un punto de corte de ≥ 10 . Para ello, se realizó un estudio de sensibilidad y especificidad con un análisis del área bajo la curva característica operativa recibida (AUC) obtenida con los criterios de Swets. (Swets, J, 1986) También se realizó un análisis bivalente entre las puntuaciones obtenidas en la escala PPQ y la escala de Edimburgo. Nuevamente se usaron pruebas estadísticas no paramétricas y considerando asociaciones significativas con $p < 0,05$.

El análisis de fiabilidad se realizó mediante el estudio de la (α) de Cronbach para evaluar la consistencia interna (IC). El IC indica en qué medida los ítems del cuestionario están correlacionados entre sí, y cómo encajan y miden el mismo concepto. El α es una de las medidas más utilizadas para evaluar la fiabilidad de una escala. (Streiner et al., 2015) Sus valores van de 0 a 1. Una de las reglas más aceptadas es considerar $\alpha > 0,9$ como excelente, $\alpha > 0,8$ como

bueno, $\alpha > 0,7$ como aceptable, $\alpha > 0,6$ como cuestionable, $\alpha > 0,5$ como deficiente y $\alpha < 0,5$ como inaceptable. (George & Mallery, 2011)

5.7.2. *Objetivo II*

El análisis de potenciales factores predictivos que han sido previamente identificados en la literatura como factores de riesgo (como lactancia materna de inicio tardío), para ello se realizó un análisis bivalente utilizando Chi-cuadrado y prueba t de Student para estimar variables cualitativas y cuantitativas, respectivamente. De estas variables, y siguiendo los criterios estadísticos de Lemeshow, se eligieron asociaciones con valores de $p < 0,25$ para incluirlas en el modelo de regresión logística binaria multivariante. (Hosmer, D.W., Jr., Lemeshow, S. and Sturdivant, 2013; Mickey & Greenland, 1989)

Luego, se crearon dos modelos: el Modelo A basado en criterios exclusivamente clínicos y el Modelo B basado en criterios clínicos más las percepciones maternas sobre el grado de apoyo de la pareja y el trato recibido por los profesionales. Estos modelos se construyeron utilizando regresión hacia atrás (RV en SPSS). Para evaluar la predicción cualitativamente, se usaron los criterios de Swets, cuyos valores van de 0.5-0.6 (malo), 0.6-0.7 (pobre), 0.7-0.8 (satisfactorio), 0.8-0.9 (bueno) y 0.9-1.0 (excelente). (Swets, J, 1986; Swets, 1988)

Las cohortes de derivación y validación se han comparado después de usar la prueba de chi-cuadrado y t de Student para calcular variables cualitativas y cuantitativas respectivamente y finalmente, se estimó el AUC de ROC en la cohorte de validación para el modelo predictivo creado.

5.7.3. *Objetivo III*

La variable independiente principal fue el parto eutócico, también llamado parto vaginal espontáneo. La variable resultado principal fue el riesgo del TEPT

valorado por medio del cuestionario Perinatal Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire (PPQ) (J. L. Callahan et al., 2006), formado por 14 preguntas con respuesta tipo Likert con puntuaciones que van de 0 a 56 puntos. Se consideró riesgo de TEPT alto puntuación ≥ 19 puntos. A continuación, se realizó un análisis bivalente entre las características sociodemográficas y clínicas que utilizaron como variables de control. El siguiente paso fue estudiar la relación entre el riesgo de TEPT y diversas complicaciones intraparto manifestadas por las mujeres tanto por análisis bivalente como multivariante. Finalmente, se analizó la relación entre diversas prácticas o procedimientos intraparto y el riesgo de TEPT tanto por análisis bivalente como multivariante. Se estimaron Odds ratio crudas (OR) y ajustadas (ORa), así como su intervalo de confianza al 95% mediante un análisis bivalente y multivariante con regresión logística binaria, respectivamente. Para el análisis multivariante se utilizó en procedimiento por pasos hacia atrás de SPSS.

5.7.4. Objetivo IV

Las variables independientes fueron variables sociodemográficas (edad materna, nivel educativo, situación laboral actual, etc.), variables obstétricas (paridad, tipo de parto, parto inducido, lugar del parto, ingreso del recién nacido en una unidad de atención, tipo de lactancia al alta, si fue un embarazo deseado, o educación materna en preparación para clases de parto entre otras), y variables relacionadas con el tratamiento de las participantes (grado de apoyo de la pareja, respeto recibido por los profesionales, violencia obstétrica psicoafectiva) que potencialmente podrían estar relacionados con la presencia de riesgo de TEPT. La violencia obstétrica se determinó mediante un cuestionario que evaluó diferentes elementos considerados como abuso durante la atención recibida en el parto. La herramienta utilizada para la evaluación de

la violencia obstétrica no ha sido validada previamente; sin embargo, se analizó la consistencia interna del cuestionario mediante el alfa de Cronbach, obteniendo una puntuación de 0,837 para la escala completa lo que mostró buena consistencia interna. La variable de resultado fue la presencia de riesgo de TEPT. Para evaluar este riesgo de TEPT, se utilizó el Cuestionario de Trastorno de Estrés Postraumático Perinatal (PPQ). (J. L. Callahan et al., 2006)

Primero se realizó un análisis descriptivo utilizando frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas y media con desviación estándar (DE) para las cuantitativas; a continuación, se realizó un análisis bivariado entre la violencia obstétrica y las principales prácticas clínicas y el riesgo de TEPT, estimando probabilidades brutas cocientes (OR) y los correspondientes intervalos de confianza del 95% (IC del 95%). Después, se realizó un análisis multivariado mediante regresión logística binaria obteniendo odds ratios ajustadas (ORa) con su IC 95%. Se consideró la p significativa cuando $p < 0,05$. Todos los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS v24.0.

5.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio fue aprobado por el Comité Ético en Investigación de la provincia de Jaén con el número de referencia TD-VCDEPP-2019/1417-N-19. (*Anexo 4*). Las mujeres antes de iniciar el cuestionario tenían que leer una hoja informativa sobre el estudio, objetivos, etc. y marcar una casilla en la que mostraban su consentimiento para participar en él, es decir, firmaban un consentimiento informado digital elaborado ad hoc.

R
E
S
U
L
T
A
D
O
S



6. RESULTADOS

6.1. OBJETIVO 1/MANUSCRITO I

CUESTIONARIO DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO PERINATAL PARA MUJERES ESPAÑOLAS DURANTE LE POSPARTO: UN ESTUDIO DE VALIDACIÓN

Características de los participantes

Cuatrocientos treinta y dos mujeres aceptaron participar en el estudio y completaron el PPQ con un riesgo de TEPT (puntuación mayor o igual a 19) del 11,1% (48). La edad media fue de 35,4 años (DE = 4,22) y el 65,0% (281) eran primíparas. El parto se indujo en el 38,7%, el 57,6% (259) tuvo un parto vaginal normal y el 72,9% (315) necesitó analgesia regional. Los datos neonatales mostraron que el 7,9% (34) ingresaron en la UCIN y el 78,0% (337) fueron amamantados exclusivamente al momento del alta hospitalaria. El resto de datos descriptivos se detallan en la Tabla 1.

Tabla 1. Características de la muestra incluida en un estudio de validación del cuestionario español PPQ para riesgo de TEPT.

Variable	Total N (%)	Riesgo TEPT	
		Puntuación < 19	Puntuación ≥19
Edad materna			
Media (DE)	35.4 (4.22)	5.3 (4.23)	35.8 (4.14)
Nivel educativo			
Escuela primaria	5 (1.2)	5 (100.0)	0 (0.0)
Secundaria	28 (6.5)	24 (85.7)	4 (14.3)
Bachillerato	102 (23.6)	94 (92.2)	8 (7.8)
Universidad	297 (68.8)	261 (87.9)	36 (12.1)
Embarazo deseado			
No	30 (6.9)	27 (90.0)	3 (10.0)
Sí	402 (93.1)	357 (88.8)	45 (11.2)

Clases de preparación al parto			
No	96 (22.2)	83 (86.5)	13 (13.5)
Menos de 5 clases	72 (16.7)	61 (84.7)	11 (15.3)
Al menos 5 clases	264 (61.1)	240 (90.9)	24 (9.1)
Plan de parto			
No	227 (52.5)	205 (90.3)	22 (9.7)
Sí, no respetado	37 (8.6)	26 (70.3)	11 (29.7)
Sí, y respetado	168 (38.9)	153 (91.1)	15 (8.9)
Embarazo gemelar			
No	423 (97.9)	376 (88.9)	147 (11.1)
Sí	9 (2.1)	8 (88.9)	1 (11.1)
Edad gestacional			
A término	406 (94.0)	364 (89.7)	42 (10.3)
Pre-término (32-37 s)	21 (4.9)	18 (85.7)	3 (14.3)
Muy prematuro (28-32 s)	2 (0.5)	1 (50.0)	1 (50.0)
Prematuro extremo (<28 s)	3 (0.7)	1 (33.3)	2 (66.7)
Nacido vivo			
No	2 (0.5)	1 (50.0)	1 (50.0)
Sí	432 (99.5)	383 (89.1)	47 (110.9)
Paridad			
Primípara	281 (65.0)	246 (87.5)	35 (12.5)
Múltipara	151 (35.0)	138 (91.4)	13 (8.6)
Inducción de parto			
No	265 (61.3)	241 (90.9)	24 (1)
Sí	167 (38.7)	143 (85.6)	24 (14.4)
Analgesia natural			
No	349 (80.8)	307 (88.0)	42 (12.0)
Sí	83 (19.2)	77 (92.8)	6 (7.2)
Analgesia regional			
No	117 (27.1)	104 (88.9)	13 (11.1)
Sí	315 (72.9)	280 (88.9)	35 (11.1)
Anestesia general			
No	421 (97.5)	376 (89.3)	45 (10.7)
Sí	11 (2.5)	8 (72.7)	3 (27.3)
Tipo de parto			
Parto eutócico	249 (57.6)	232 (93.8)	17 (6.8)
Instrumental	91 (21.1)	81 (89.0)	10 (11.0)
Cesárea programada	27 (6.3)	24 (88.9)	3 (11.1)
Cesárea de emergencia	65 (15.0)	47 (72.3)	18 (27.7)

Episiotomía			
No	308 (71.3)	270 (87.7)	38 (12.3)
Sí	124 (28.3)	114 (91.9)	10 (8.1)
Desgarro perineal			
No	258 (59.7)	224 (86.8)	34 (13.2)
Moderado	160 (37.0)	104 (93.1)	11 (6.9)
Severo	14 (3.2)	11 (78.6)	3 (6.9)
Piel con piel			
No	94 (21.8)	72 (76.6)	22 (23.4)
Sí	338 (78.2)	312 (92.3)	26 (7.7)
Admisión neonatal a unidad			
No	372 (86.1)	342 (91.9)	30 (8.1)
Cuidados intermedios	26 (6.0)	16 (61.5)	10 (38.5)
Cuidados intensivos	34 (7.9)	26 (7.5)	8 (23.5)
Duración de estancia hospitalaria			
1 día	31 (7.2)	28 (90.3)	3 (9.7)
2 días	215 (49.8)	203 (94.4)	12 (5.6)
3 días	120 (27.8)	104 (86.7)	16 (13.3)
4 días o más	66 (15.3)	49 (74.2)	17 (25.8)
Apoyo de la pareja			
Nada	9 (2.1)	4 (44.4)	5 (55.6)
Poco	15 (3.5)	10 (66.7)	5 (33.3)
Algo	32 (7.4)	26 (81.3)	6 (18.8)
Bastante	94 (21.8)	84 (81.3)	10 (10.6)
Mucho	282 (65.3)	260 (92.2)	22 (7.8)
Sentirse respetada por el personal sanitario			
Nada	19 (4.4)	7 (36.8)	12 (63.2)
Poco	24 (5.6)	15 (62.5)	9 (37.5)
Algo	66 (15.3)	58 (87.9)	8 (12.1)
Bastante	153 (35.4)	137 (89.5)	16 (10.5)
Mucho	170 (39.4)	167 (88.2)	3 (1.8)
Alimentación al alta (leche)			
Materna	337 (78.0)	309 (91.7)	28 (8.3)
Mixta	79 (18.3)	63 (79.7)	16 (20.3)
Artificial	16 (3.7)	12 (75.0)	4 (25.0)
Intervención quirúrgica postparto			
No	415 (96.1)	374 (90.1)	41 (9.9)

Sí	17 (3.9)	10 (58.8)	7 (41.2)
Re-admisión hospitalaria			
No	417 (96.5)	371 (89.0)	46 (11.0)
Sí	15 (3.5)	13 (86.7)	2 (13.3)

Propiedades psicométricas

Validez de constructo factorial

La prueba KMO dio un valor de 0.902 y la prueba de esfericidad de Bartlett fue <0.01 . Por lo tanto, procedimos a realizar la EFA. Tres componentes explicaron el 63,3% de la varianza. El primer componente, "Excitación", constaba de los ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13 y representaba el 43,0% de la varianza. El segundo componente, "Evitación", constaba de los ítems 2, 4, 5, 6 y 14 que explicaban el 13,8% de la varianza, mientras que el tercer componente "Intrusión" estaba formado por dos ítems, 1 y 3, representaban el 6,3% del total de diferencia. Además, todas las correlaciones diagonales anti-imagen mostraron cifras superiores a 0,86. La Tabla 2 presenta los ítems de la escala junto con sus respectivos pesos factoriales.

Tabla 2. Matriz de componentes rotados.

Ítem	Componentes		
	1	2	3
	Excitación	Evitación	Intrusión
Q1	0.188	0.184	0.822
Q2	0.162	0.706	0.341
Q3	0.087	0.331	0.704
Q4	0.218	0.768	0.234
Q5	0.163	0.830	0.084
Q6	0.142	0.681	0.121

Q7	0.764	0.122	0.139
Q8	0.797	0.206	0.152
Q9	0.735	0.283	0.003
Q10	0.721	0.097	0.226
Q11	0.831	0.38	-0.031
Q12	0.660	0.182	0.284
Q13	0.779	0.179	0.034
Q14	0.486	0.531	0.107
Distribución de los componentes según versión de validación			
Española	7, 8, 9, 10, 11, 12, 13	2, 4, 5, 6, 14	1, 3
Inglesa	7, 8, 10, 12	2, 4, 5, 14	1, 3, 13
Coreana	7,8, 9, 10, 11, 12, 13,	4, 5, 6	1, 2, 3, 14
China	7, 8, 9, 10, 11, 12, 13	4, 5, 14	1, 2, 3

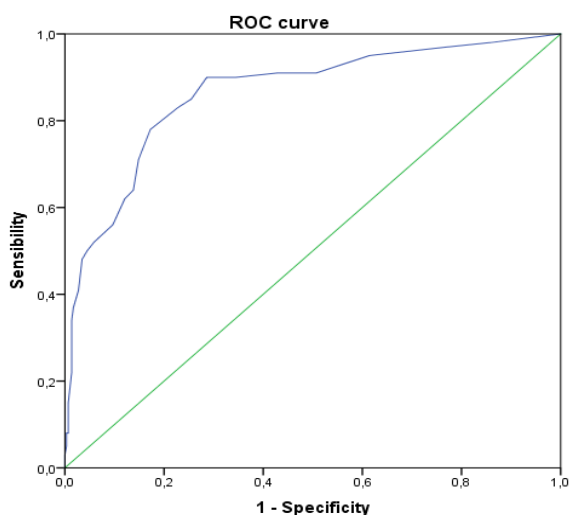
Validez convergente

A continuación, se analizó la validez convergente mediante análisis bivariado de las puntuaciones del cuestionario PPQ y diversos factores sociodemográficos y clínicos. Se observó una relación estadísticamente significativa entre el riesgo de TEPT con las siguientes variables: plan de parto, tipo de parto, tiempo de estadía hospitalaria, reingreso hospitalario, piel con piel, ingreso del recién nacido en UCIN, grado de apoyo de la pareja, sentimiento de respeto por parte del personal de salud y tipo de alimentación al alta.

Validez de criterio

Utilizando la EPDS como instrumento comparativo, se encontró que la PPQ, traducida y adaptada transculturalmente al español, presentaba un AUC de 0,86 (IC 95%, 0,82-0,91), con buena capacidad para clasificar a los sujetos según los criterios de Swets. La curva ROC se puede ver en la Figura 6. El análisis bivariado entre las puntuaciones de las escalas PPQ y Edimburgo muestra una relación positiva significativa ($r = 0,69$, $p < 0,001$).

Figura 6. Curva ROC. Capacidad predictiva de la puntuación en el PPQ para el riesgo de DP mediante el cuestionario de Edimburgo.



Consistencia interna

Para evaluar la consistencia interna se utilizó el α del total del cuestionario, así como el de cada una de las dimensiones encontradas con el EFA. Para la escala total, α fue 0,896. Todos los valores de alfa obtuvieron una puntuación superior a 0,880 al eliminar un elemento, y el alfa general no aumentó en más

de 0,01; por lo tanto, se optó por mantenerlos. Los valores de α para cada factor se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3. Consistencia interna del PPQ.

Variable	Alfa (α) de Cronbach
Total	0.896
Al retirar el ítem:	
(1) ¿Tuvo pesadillas de dar a luz o de la hospitalización de su bebé?	0.894
(2) ¿Tuvo recuerdos molestos del parto o de la estadía de su bebé en el hospital?	0.891
(3) ¿Tuvo alguna sensación repentina como si el nacimiento de su bebé estuviera sucediendo nuevamente?	0.895
(4) ¿Intentó evitar pensar en el parto o en la hospitalización de su bebé?	0.889
(5) ¿Evitó hacer cosas que pudieran hacer surgir sentimientos que tenía sobre el parto o la estadía de su bebé en el hospital (por ejemplo, no ver un programa de televisión sobre bebés)?	0.892
(6) ¿No pudo recordar partes de la estadía de su bebé en el hospital?	0.894
(7) ¿Perdió interés en hacer las cosas que hace habitualmente (por ejemplo, perdió interés en su trabajo o familia)?	0.886
(8) ¿Se sintió solo y alejado de otras personas (por ejemplo, sintió que nadie lo entendía)?	0.881
(9) ¿Le resultó más difícil sentir ternura o amor por los demás?	0.885
(10) ¿Tuvo dificultades inusuales para conciliar el sueño o permanecer dormido?	0.887
(11) ¿Estaba más irritable o enojado con los demás de lo habitual?	0.885
(12) ¿Tuvo más dificultades para concentrarse que antes de dar a luz?	0.886
(13) ¿Se sintió más nervioso (por ejemplo, se sintió más sensible al ruido o se asustó más fácilmente)?	0.885
(14) ¿Se sintió más culpable por el parto de lo que sintió que debería haber sentido?	0.886

6.2. OBJETIVO 2/MANUSCRITO II

ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DE DOS MODELOS PREDICTIVOS DEL RIESGO DE TRASTORNO POR ESTRÉS TRAUMÁTICO FORMADO POR VARIABLES RELACIONADOS CON EL PROCESO DE NACIMIENTO: UN ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO

Características de los participantes

La cohorte de derivación consistió en 1752 mujeres y la cohorte de validación 875 mujeres, con una prevalencia de riesgo de TEPT del 14,2% (248) y 10,9% (95), respectivamente. Primero, se construyeron modelos predictivos usando la cohorte de derivación. Las variables asociadas al riesgo de TEPT (criterio de cribado p-valor <0,25) seleccionadas para el análisis multivariado fueron: edad materna, paridad, nacidos vivos, lugar del parto, parto inducido, uso de métodos naturales para el dolor, analgesia regional, general anestesia, tipo de parto, desgarro perineal, contacto piel con piel, lactancia durante la primera hora de vida, ingreso del recién nacido en la unidad de cuidados, estancia hospitalaria, lactancia al alta, intervención quirúrgica posparto, readmisión posparto, grado de apoyo de la pareja durante embarazo, parto y posparto, y grado de respeto recibido de los profesionales durante el embarazo, parto y posparto.

Luego, se crearon dos modelos predictivos. El modelo A se basó exclusivamente en variables clínicas y el modelo B consistió en variables clínicas más variables subjetivas sobre el apoyo recibido de su pareja y el tratamiento recibido de los profesionales de la salud. Las variables que se incluirán en los modelos predictivos finales fueron seleccionadas automáticamente por el programa SPSS, mediante la instrucción de pasos hacia atrás.

Al realizar el análisis multivariado, el modelo A incluyó las siguientes variables: tipo de parto, contacto piel con piel, ingreso del recién nacido a la unidad de cuidados, desgarro perineal, tipo de alimentación del lactante al alta y reingreso hospitalario posparto. La capacidad predictiva (AUC-ROC) en la cohorte de derivación fue de 0,70 (IC 95%: 0,67-0,74), mientras que en la cohorte de validación fue 0,69 (IC 95%: 0,63-0,75), lo que se considera satisfactorio según los criterios de Swets. Las diferentes categorías utilizadas para cada variable se detallan en la Tabla 4.

Tabla 4. Análisis bivariado de posibles factores predictivos de riesgo de TEPT.

Predictor	TEPT (Puntuación PPQ)		Valor p
	<19 puntos	≥ 19 puntos	
Edad materna			0.199
≤ 35 años	638 (84.6)	116 (15.4)	
>35 años	886 (86.8)	132 (13.2)	
Nivel Educativo			0.401
Escuela primaria	22 (75.9)	7 (24.1)	
Educación secundaria	77 (87.5)	11 (12.5)	
Bachiller	323 (85.0)	57 (15.0)	
Universidad	1082 (86.2)	173 (13.8)	
Nacionalidad			0.986
Española	1443 (85.8)	238 (14.2)	
Otra	61 (85.9)	10 (14.1)	
Paridad			<0.001
Primípara	1004 (83.0)	205 (17.0)	
Múltipara	499 (92.1)	43 (7.9)	
Nacido vivo			0.056

No	8 (66.7)	4 (33.3)	
Sí	1496 (86.0)	244 (14.0)	
Embarazo gemelar			0.319
No	1471 (86.0)	240 (14.0)	
Sí	33 (80.5)	8 (19.5)	
Cesárea previa			<0.001
No	1102 (89.7)	126 (10.3)	
Sí	402 (76.7)	122 (23.3)	
Lugar de nacimiento			0.099
Hospital público	1210 (86.2)	194 (13.8)	
Hospital privado	262 (83.2)	53 (16.8)	
Casa de partos	6 (85.7)	1 (14.3)	
Casa	26 (100.0)	0 (0.0)	
Inducción del parto			0.007
No	913 (87.7)	128 (12.3)	
Sí	591 (83.1)	120 (16.9)	
Analgesia regional			0.001
No	442 (90.4)	47 (9.6)	
Sí	1062 (84.1)	201 (15.9)	
Anestesia general			<0.001
No	1461 (86.5)	228 (13.5)	
Sí	43 (68.3)	20 (31.7)	
Analgesia natural			0.139
No	1214 (85.3)	210 (14.7)	
Sí	290 (88.4)	38 (11.6)	
Tipo de parto			<0.001
Parto eutócico	912 (91.6)	84 (8.4)	
Instrumental	273 (84.0)	52 (16.0)	
Cesárea programada	109 (84.5)	20 (15.5)	
Cesárea de emergencia	210 (69.5)	92 (30.5)	

Episiotomía			0.925
No	1069 (85.8)	177 (14.2)	
Sí	435 (86.0)	71 (14.0)	
Desgarro perineal			<0.001
No	940 (83.9)	180 (16.1)	
Moderado	512 (90.9)	51 (9.1)	
Severo (III-IV)	52 (75.4)	17 (24.6)	
Prematuridad			0.023
No	1141 (86.4)	223 (13.6)	
Sí	93 (78.8)	25 (21.2)	
Clases de preparación al parto			0.123
No	295 (87.5)	42 (12.5)	
Sí (menos de 5 clases)	208 (81.9)	46 (18.1)	
Sí (más de 5 clases)	1001 (86.2)	160 (13.8)	
Lactancia materna 1h postparto			<0.001
No	338 (76.0)	107 (24.0)	
Sí	1166 (89.2)	141 (10.8)	
Piel con piel			<0.001
No	302 (73.1)	111 (26.9)	
Sí	1202 (89.8)	137 (10.2)	
Plan de parto			<0.001
No	803 (87.8)	112 (12.2)	
Sí, y no fue respetado	164 (65.3)	87 (34.7)	
Sí, y fue respetado	537 (91.6)	49 (8.4)	
Admisión del neonato a unidad de cuidados			<0.001
No	1324 (87.6)	187 (12.4)	
Sí	180 (74.7)	61 (25.3)	
Duración de estancia hospitalaria			<0.001
1 día	122 (91.0)	12 (9.0)	
2 día	779 (90.2)	85 (9.8)	

3 días	365 (82.4)	78 (17.6)	
4 días o más	238 (76.5)	73 (23.5)	
Alimentación al alta (leche)			<0.001
Materna	1226 (88.2)	164 (11.8)	
Mixta	233 (78.5)	64 (21.5)	
Artificial	45 (69.2)	20 (30.8)	
Intervención quirúrgica postparto			0.001
No	1449 (86.5)	227 (13.5)	
Sí	55 (72.4)	21 (27.6)	
Re-admisión hospitalaria			<0.001
No	1474 (86.4)	232 (13.6)	
Sí	30 (65.2)	16 (34.8)	
	Media (DE)	Media (DE)	
Percepción de tratamiento adecuado por los profesionales de salud durante embarazo, parto y puerperio. Escala Likert 1-5	3.4 (0.93)	2.88 (1.28)	<0.001*
Percepción de apoyo por la pareja durante embarazo, parto y puerperio. Escala Likert 1-5	2.99 (0.97)	1.67 (1.22)	<0.001*

Negrita: Diferencias estadísticamente significativas. * Student-Fisher t test.

Se crearon dos modelos (tabla 5): el modelo A basado en criterios exclusivamente clínicos y el modelo B basado en criterios clínicos más las percepciones maternas sobre el grado de apoyo de la pareja y el trato recibido por los profesionales de la salud.

Tabla 5. Modelos predictivos de riesgo de TEPT durante el posparto.

Modelo A				Modelo B		
Número de eventos en la cohorte de derivación						
				248 (14.2%)		
Número de eventos en la cohorte de validación						
				95 (10.9%)		
Factor de riesgo	Coef * beta valor	OR (IC 95%)	Valor p	Coef * beta valor	OR (IC 95%)	Valor P
Tipo de parto						
Parto eutócico		1 (Ref)			1 (Ref)	
Instrumental	0.484	1.62 (1.10-2.41)	0.016	0.344	1.22 (0.81-1.86)	0.344
Cesárea programada	0.341	1.41 (0.77-2.57)	0.267	0.200	1.22 (0.68-2.18)	0.499
Cesárea de emergencia	1.121	3.07 (1.96-4.80)	<0.001	0.827	2.29 (1.56-3.35)	<0.001
Contacto piel con piel	- 0.428	0.65 (0.45-0.96)	0.028			
Admisión del neonato a unidad de cuidados						
No		1 (Ref)			1 (Ref)	
Sí	0.452	1.57 (1.26-2.87)	0.015	0.503	1.65 (1.12-2.44)	0.012
Desgarro perineal						
No		1 (Ref)				
Tipo I-II	-0.020	0.98 (0.67-1.44)	0.919			

Tipo III-IV	0.795	2.21 (1.17-4.19)	0.015			
Alimentación al alta (leche)						
Materna		1 (Ref)			1 (Ref)	
Mixta	0.404	1.50 (1.06-2.12)	0.022	0.122	1.13 (0.77-1.65)	0.530
Artificial	0.740	2.10 (1.16-3.79)	0.014	0.803	2.23 (1.13-4.04)	0.021
Re-admisión hospitalaria	0.934	2.55 (1.30-5.00)	0.007	1.160	3.19 (1.43-7.11)	0.005
Percepción de apoyo de la pareja (Escala Likert 1-5)				-0.234	0.79 (0.69-0.91)	0.001
Percepción de respeto por los profesionales (Escala Likert 1-5)				-0.863	0.42 (0.37-0.48)	<0.001
Constante	-2.177			0.545		
ÁUC ROC Cohorte de derivación		0.70 (0.67-0.74)	<0.001		0.82 (0.79-0.85)	<0.001
ÁUC ROC Cohorte de validación		0.69 (0.63-0.75)	<0.001		0.83 (0.78-0.87)	<0.001

OR: Odds Ratio. Negrita: Diferencias estadísticamente significativas.

Las cohortes de derivación y validación se compararon después de usar la prueba de chi-cuadrado y la prueba t de Student para variables cualitativas y cuantitativas, respectivamente (Tabla 6).

Tabla 6. Comparación de características entre cohorte de derivación y validación.

Características	Cohorte de derivación n=1752 (n/%)	Cohorte de validación n=875 (n/%)	Valor de p*
PPQ			0.018
<19	1504 (85.8)	780 (89.1)	
≥19	248 (14.2)	95 (10.9)	
Edad materna			0.930
≤ 35 años	754 (43.0)	375 (42.9)	
>35 años	998 (57.0)	500 (57.1)	
Nivel Educativo			0.478
Escuela primaria	29 (1.7)	9 (28.6)	
Educación secundaria	88 (5.0)	37 (4.2)	
Bachiller	380 (21.7)	193 (22.1)	
Universidad	1255 (71.6)	636 (72.7)	
Nacionalidad			0.351
Española	1681 (95.9)	846 (96.7)	
Otra	71 (4.1)	29 (3.3)	
Paridad			0.092
Primípara	1209 (69.0)	575 (65.8)	
Múltipara	542 (31.0)	299 (34.2)	
Nacido vivo			0.130
No	12 (0.7)	2 (0.2)	
Sí	1740 (86.0)	873 (99.8)	
Embarazo gemelar			0.333
No	1711 (97.7)	849 (97.0)	
Sí	41 (2.3)	26 (3.0)	
Cesárea previa			0.167
No	1228 (70.1)	636 (72.7)	

Sí	524 (29.9)	239 (27.3)	
Lugar de parto			0.526
Hospital público	1404 (80.1)	697 (79.7)	
Hospital privado	315 (18.0)	155 (17.7)	
Casa de partos	7 (0.4)	3 (0.3)	
Casa	26 (1.5)	20 (2.3)	
Inducción del parto			0.213
No	1041 (59.4)	542 (61.9)	
Sí	711 (40.6)	333 (38.1)	
Analgesia regional			0.413
No	489 (27.9)	231 (26.4)	
Sí	1263 (72.1)	644 (73.6)	
Anestesia general			0.404
No	1689 (96.4)	849 (97.0)	
Sí	63 (3.6)	26 (3.0)	
Analgesia natural			0.768
No	1424 (81.3)	707 (80.8)	
Sí	328 (18.7)	168 (19.2)	
Tipo de parto			0.152
Parto eutócico	996 (56.8)	536 (61.3)	
Instrumental	325 (18.6)	146 (16.7)	
Cesárea programada	129 (7.4)	64 (7.3)	
Cesárea de emergencia	302 (17.2)	129 (314.7)	
Episiotomía			0.965
No	1246 (71.1)	623 (71.2)	
Sí	506 (28.9)	252 (28.8)	
Desgarro perineal			0.157
No	1120 (63.9)	529 (60.5)	
Moderado	563 (32.1)	314 (35.9)	
Severo (III-IV)	69 (3.9)	32 (3.7)	

Prematuridad				0.821
No	1634 (93.3)	814 (93.0)		
Sí	118 (6.7)	61 (7.0)		
Clases de preparación al parto				0.133
No	337 (19.2)	185 (21.1)		
Sí (menos de 5 clases)	254 (14.5)	104 (11.9)		
Sí (más de 5 clases)	1161 (66.3)	586 (67.0)		
Lactancia materna 1h postparto				0.556
No	445 (25.4)	213 (24.3)		
Sí	1307 (74.6)	662 (75.7)		
Piel con piel				0.422
No	413 (23.6)	194 (22.2)		
Sí	1339 (76.4)	681 (77.8)		
Plan de parto				0.739
No	915 (52.2)	459 (52.5)		
Sí, pero no fue respetado	251 (14.3)	116 (13.3)		
Sí, y fue respetado	586 (33.4)	300 (34.3)		
Admisión del neonato a unidad (cuidados)				0.886
No	1511 (86.2)	753 (86.1)		
Sí	241 (13.8)	122 (13.9)		
Duración estancia hospitalaria				0.987
1 día	134 (7.6)	69 (7.9)		
2 días	864 (49.3)	434 (49.6)		
3 días	443 (25.3)	216 (24.7)		
4 días o más	311 (17.8)	156 (17.8)		
Alimentación al alta				0.563
Lactancia Materna	1390 (79.3)	681 (77.8)		
Lactancia Mixta	297 (17.0)	163 (18.6)		
Lactancia Artificial	65 (3.7)	31 (3.5)		
Intervención quirúrgica postparto				

No	1676 (95.7)	844 (96.5)	0.331
Sí	76 (4.3)	31 (3.5)	
Re-admisión hospitalaria			
No	1706 (97.4)	128 (12.3)	0.480
Sí	46 (2.6)	19 (2.2)	
	Media (DE)	Media (DE)	
Percepción de tratamiento adecuado por los profesionales de salud en embarazo, parto y puerperio. Escala Likert 1-5	3.33 (1.00)	3.28 (1.04)	0.334
Percepción de apoyo por parte de la pareja en embarazo, parto y puerperio. Escala Likert 1-5	2.80 (1.11)	2.83 (1.26)	0.493

Los factores predictivos en el modelo final B fueron: tipo de parto, ingreso del recién nacido en unidad de cuidados, tipo de alimentación del lactante al alta, reingreso hospitalario posparto, apoyo recibido por la pareja y percepción de respeto por parte de los profesionales de la salud. La capacidad predictiva (AUC-ROC) en la cohorte de derivación fue de 0,82 (IC 95%: 0,79-0,85) (Figura 7), mientras que en la cohorte de validación fue de 0,83 (IC 95%: 0,78-0,87) (Figura 8). Esta capacidad predictiva se considera buena según los criterios de Swets. Por último, se examinaron los problemas de comparabilidad en ambas cohortes y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con ninguna variable excepto el riesgo de TEPT ($p = 0,018$), que fue del 14,2% (248) en la cohorte de derivación y del 10,9% (95) en la cohorte de validación.

Figura 7. Capacidad predictiva del modelo A y del modelo B en la cohorte de derivación. Área bajo la curva ROC para determinar la capacidad predictiva del modelo en la cohorte de derivación, que representa 1 - la especificidad en el eje x y sensibilidad en el eje y.

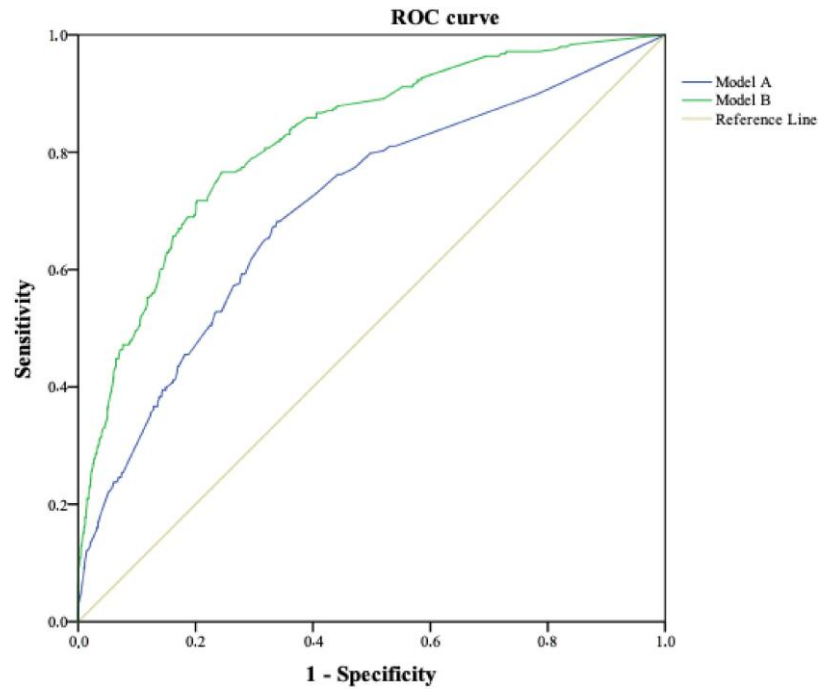
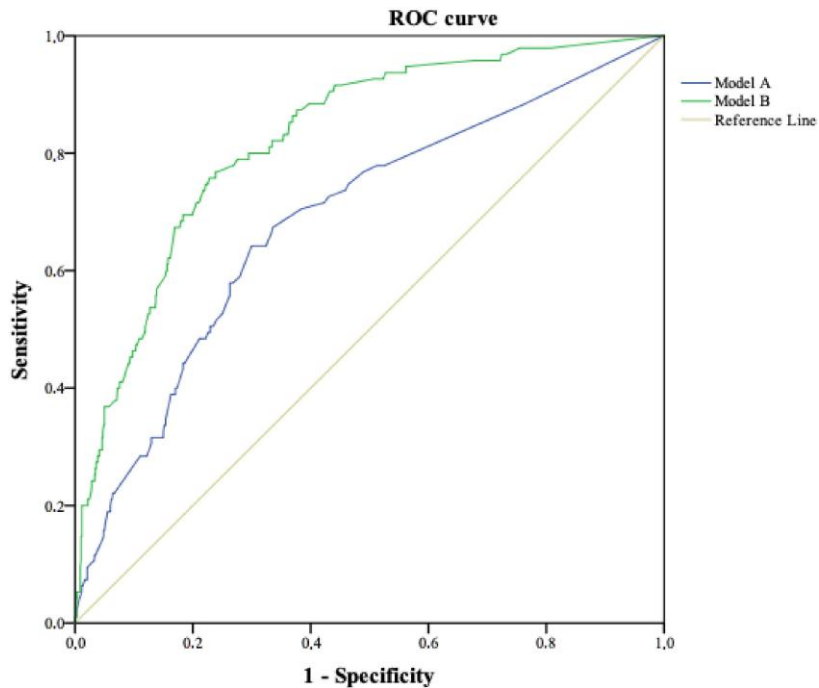


Figura 8. Capacidad predictiva del modelo A y del modelo B en la cohorte de validación. Área bajo la curva ROC para determinar la capacidad predictiva del modelo en la cohorte de validación, que representa 1 - la sensibilidad en el eje y y la especificidad 1 en el eje x.



6.3. OBJETIVO 3/MANUSCRITO III

FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS CON EL TRANSTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO POSTPARTO (TEPT) DESPUÉS DE UN PARTO VAGINAL NORMAL

Se invitó a participar a un total de 955 mujeres: 53 mujeres se negaron a participar, 63 no completaron el cuestionario y finalmente participaron 839 mujeres.

La edad media fue de 36,4 años (DE = 4,18), el 51,3% (430) eran primíparas y el 87,4% (733) amamantaron exclusivamente a sus bebés después del alta hospitalaria. Sesenta y ocho (8,1%) mujeres tenían riesgo de TEPT con puntuaciones PPQ ≥ 19 . A continuación, se realizó un análisis bivariado con las características sociodemográficas y clínicas que se consideraron posibles variable de confusión que debían ajustarse. Se observó una asociación estadísticamente significativa entre el riesgo de TEPT y el nivel educativo, el plan de parto, el contacto piel con piel, el tipo de alimentación del recién nacido al alta y la intervención quirúrgica posparto. Las características sociodemográficas y clínicas detalladas, así como el análisis bivariado completo, se pueden encontrar en la Tabla 7.

Tabla 7. Características sociodemográficas y obstétricas y riesgo de trastorno por estrés postraumático posparto (TEPT). Análisis bivariado.

Variable	Total n (%)	TEPT		MD/OR (IC 95%)	Valor p
		puntuación < 19	puntuación ≥ 19		
Edad materna					0.011
Media (DE)	36.4 (4.18)	36.5 (4.09)	34.9 (4.86)	1.58 (0.37-2.79)	
Paridad					0.193
Primípara	430 (51.3)	390 (90.7)	40 (9.3)	1	
Múltipara	409 (48.7)	381 (93.2)	28 (6.8)	0.72 (0.43-1.19)	
Nivel educativo					0.005
Escuela primaria	10 (1.2)	8 (80.0)	2 (20.0)	1	
Secundaria	29 (3.5)	26 (89.7)	3 (10.3)	0.46 (0.65-3.27)	
Bachiller	163 (19.4)	140 (85.9)	23 (14.1)	0.66 (0.13-3.29)	
Universidad	637 (75.9)	597 (93.7)	40 (6.3)	0.27 (0.06-1.30)	
Embarazo planeado					0.646
No	61 (7.3)	57 (93.4)	4 (6.6)	1	

Sí	778 (92.7)	714 (91.8)	64 (8.2)	1.28 (0.45–3.63)	
Clases preparación al parto					0.252
No	190 (22.6)	179 (94.2)	11 (5.8)	1	
Sí (menos de 5 clases)	87 (10.4)	77 (88.5)	10 (11.5)	2.11 (0.86–5.18)	
Sí (más de 5 clases)	562 (67.0)	515 (91.6)	47 (8.4)	1.49 (0.75–2.93)	
Embarazo gemelar					0.647
No	831 (99.0)	764 (91.9)	67 (8.1)	1	
Sí	8 (1.0)	7 (87.5)	1 (12.5)	1.62 (0.20–13.44)	
Plan de parto					<0.001
No	400 (47.7)	372 (93.0)	28 (7.0)	1	
Sí, pero no fue respetado	84 (10.0)	67 (79.8)	17 (20.2)	3.37 (1.75–6.50)	
Sí, y fue respetado	355 (42.3)	332 (93.5)	23 (6.5)	0.92 (0.52–1.63)	
Piel con piel					0.009
No	28 (75.4)	22 (78.6)	6 (21.4)	1	
Sí	811 (96.7)	749 (92.4)	62 (7.6)	0.30 (0.12–0.78)	
Alimentación al alta (leche)					0.005
Materna	733 (87.4)	681 (92.9)	52 (7.1)	1	
Mixta	90 (10.7)	78 (86.7)	12 (13.3)	2.01 (1.03–3.94)	
Artificial	16 (1.9)	12 (75.0)	4 (25.0)	4.37 (1.36–14.01)	
Intervención quirúrgica postparto					0.001
No	811 (96.7)	750 (92.5)	61 (7.5)	1	
Sí	28 (3.3)	21 (75.0)	7 (25.0)	4.10 (1.68–10.02)	
Morbilidad durante el embarazo					0.296
No	633 (75.4)	268 (87.9)	37 (12.1)	1	
Sí	206 (24.6)	116 (91.3)	11 (8.7)	0.86 (0.47–1.56)	
Tiempo desde el parto (meses) Media (DE)	7.17 (2.78)	7.17 (2.81)	7.10 (2.42)	0.99 (0.91–1.08)	0.827

Negrita: diferencias estadísticamente significativas. OR: Odds Ratio. MD: Diferencia de medias. DE: desviación estándar

A continuación, se evaluó la relación entre el riesgo de TEPT y varias complicaciones intraparto, según lo informado por las mujeres participantes, mediante análisis bivariados y multivariados. Al realizar el análisis

multivariado, se observó un mayor riesgo de TEPT entre las mujeres que presentaban un desgarro perineal severo con un OR de 6,70 (IC 95%: 2,41-18,99) y entre las mujeres que presentaban una alteración de la FCF intraparto (frecuencia cardíaca fetal) con un ORa de 2,24. (IC del 95%: 1,07-4,66) Tal y como se muestra en la tabla 8.

Tabla 8. Análisis bivariado y multivariado entre eventos intraparto y complicaciones con TEPTP.

Situaciones intraparto / complicaciones	TEPT			
	puntuación	puntuación	OR (IC 95%)	ORa (IC 95%)
	< 19 n (%)	≥19 n (%)		
Desgarro perineal				
No	407 (93.8)	27 (6.2)	1 (ref.)	1 (ref.)
Moderado	347 (91.3)	33 (8.7)	1.43 (0.85, 2.43)	1.49 (0.85, 2.61)
Severo	17 (68.0)	8 (32.0)	7.09 (2.81, 17.91)	6.70 (2.41, 18.99)
FCF alterada				
No	712 (92.7)	56 (7.3)	1 (ref.)	1 (ref.)
Sí	59 (83.1)	12 (16.9)	2.59 (1.31, 5.09)	2.24 (1.07, 4.66)
HTA intraparto				
No	756 (92.2)	64 (7.8)	1 (ref.)	1 (ref.)
Sí	15 (78.9)	4 (21.1)	3.15 (1.02, 9.77)	2.91(0.87, 7.80)
Fiebre intraparto				
No	749 (92.0)	65 (8.0)	1 (ref.)	1 (ref.)
Sí	22 (88.0)	3 (12.0)	1.57 (0.46, 5.39)	1.41 (0.38, 5.19)
Dolor pélvico/perineal				
No	717 (92.2)	61 (7.8)	1 (ref.)	1 (ref.)
Sí	54 (88.5)	7 (11.5)	1.52 (0.67, 3.49)	1.03 (0.42, 2.55)
No progresión en el parto				
No	669 (92.9)	51 (7.1)	1 (ref.)	1 (ref.)
Sí	102 (85.7)	17 (14.3)	2.19 (1.22, 3.93)	1.94 (1.02, 3.68)

Ruptura uterina				
No	770 (91.9)	68 (8.1)	1 (ref.)	1 (ref.)
Sí	1 (100.0)	0 (0.0)	0.00 (0.00, 0.00)	0.00 (0.00, 0.00)
Sangrado vaginal excesivo				
No	739 (92.5)	60 (7.5)	1 (ref.)	1 (ref.)
Sí	32 (80.0)	8 (20.0)	3.08 (1.36, 6.98)	1.64 (0.65, 4.12)
Meconio				
No	722 (90.0)	63 (8.0)	1 (ref.)	1 (ref.)
Sí	49 (90.7)	5 (9.3)	0.86 (0.33, 2.22)	0.91 (0.33, 2.54)

Negrita: diferencias estadísticamente significativas. OR: Odds Ratio. ORa: Odds Ratio ajustada por factores: edad, paridad, nivel académico, embarazo deseado, educación materna, embarazo gemelar, plan de parto, piel con piel, lactancia al alta, intervención posparto y morbilidad del embarazo. FCF, frecuencia cardíaca fetal; HTA, hipertensión

Finalmente, tal y como se puede ver en la tabla 9, se analizó la relación entre diversas prácticas o procedimientos intraparto y el riesgo de TEPT mediante análisis bivariante y multivariado. Se observó un mayor riesgo de TEPT con la administración de enema (ORa: 7,01, IC del 95%: 2,14-23,01), requiriéndose estar acostado todo el tiempo (ORa: 5,75, IC del 95%: 3,25-10,19), amniorrexis artificial (sin consentimiento) (ORa: 2,28, IC del 95%: 1,31-3,97), administración de oxitocina (sin consentimiento) (ORa: 2,18, IC del 95%: 1,26-3,77), compresión abdominal al pujar (ORa: 3,14, 95% IC: 1,72-5,73), exámenes vaginales repetidos realizados por diferentes personas (ORa: 4,84, IC 95% 2,77-8,47) y extracción manual de la placenta sin anestesia (ORa: 3,45, IC 95%: 1,81-6,58).

Tabla 9. Análisis bivariado y multivariado entre prácticas y procedimientos intraparto con TEPTP.

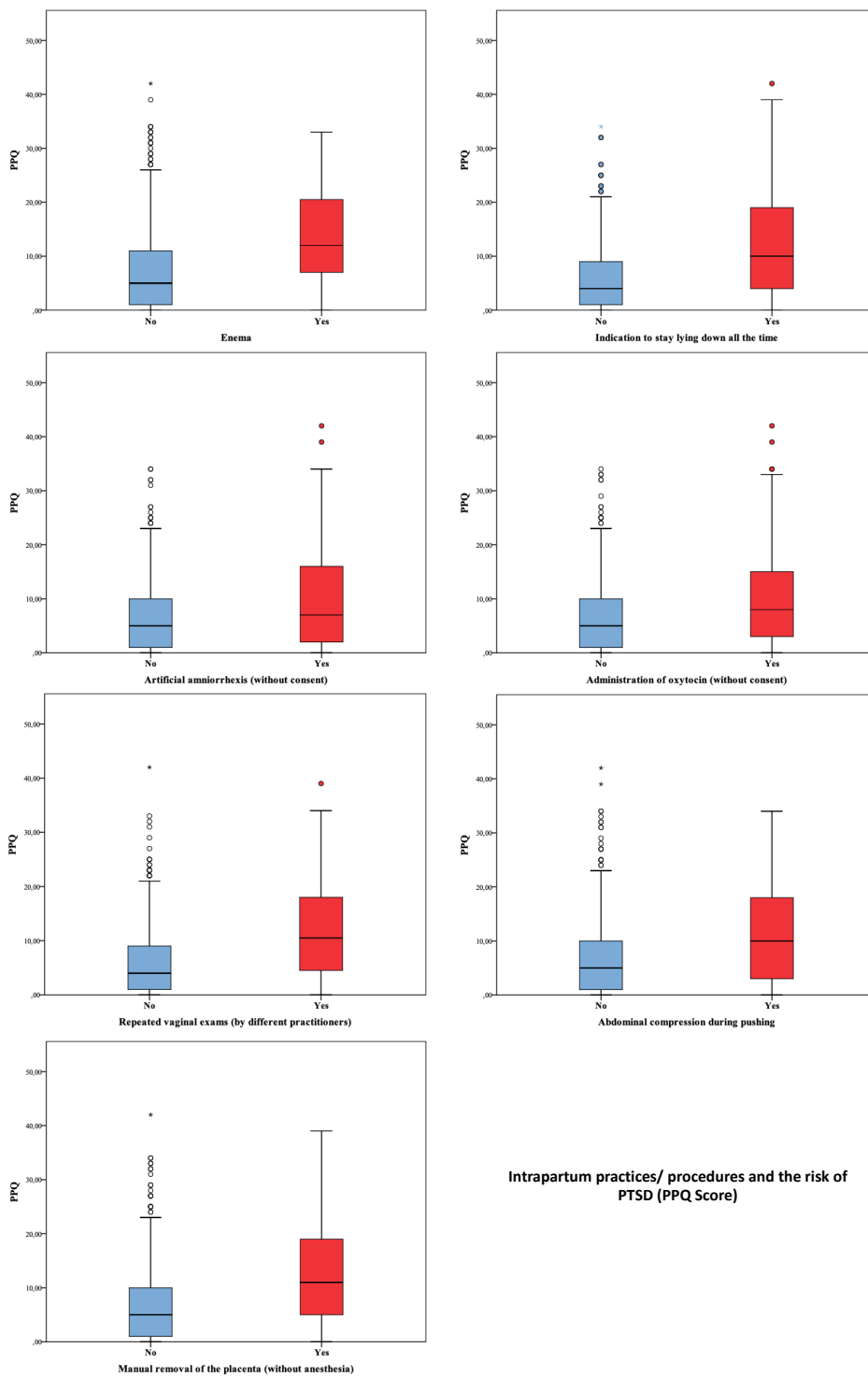
Prácticas / procedimientos	TEPT		OR (IC 95%)	ORa (IC 95%)
	puntuación	puntuación		
	< 19 n (%)	≥19 n (%)		
Episiotomía				
No	569 (92.7)	45 (7.3)	1 (ref.)	1 (ref.)
Sí	202 (89.8)	23 (10.2)	1.44 (0.85, 2.44)	1.35 (0.75, 2.41)
Episiotomía (sin consentimiento)				
No	641 (93.5)	48 (7.0)	1 (ref.)	1 (ref.)
Sí	130 (86.7)	20 (13.3)	2.05 (1.18, 3.58)	1.75 (0.93, 3.28)
Rasurado (perineal)				
No	759 (92.2)	64 (7.8)	1 (ref.)	1 (ref.)
Sí	12 (75.0)	4 (25.0)	3.95 (1.24, 12.6)	2.79 (0.79, 9.93)
Enema				
No	761 (92.4)	63 (7.6)	1 (ref.)	1 (ref.)
Sí	10 (66.7)	5 (33.3)	6.04 (2.00, 18.21)	7.01 (2.14, 23.01)
Analgesia natural				
No	580 (91.5)	54 (8.5)	1 (ref.)	1 (ref.)
Sí	191 (93.2)	14 (6.8)	0.79 (0.43, 1.45)	0.98 (0.51, 1.90)
Analgesia regional				
No	304 (93.5)	21 (6.5)	1 (ref.)	1 (ref.)
Sí	467 (90.9)	47 (9.1)	1.46 (0.85, 2.49)	1.32 (0.74, 2.35)
Inducción del parto				
No	554 (93.1)	41 (6.9)	1 (ref.)	1 (ref.)
Sí	217 (88.9)	27 (11.1)	1.68 (1.01, 2.80)	1.66 (0.97, 2.86)
Indicación de permanecer acostada todo el tiempo				
No	640 (95.8)	28 (4.2)	1 (ref.)	1 (ref.)
Sí	131 (76.6)	40 (23.4)	6.98 (4.16, 11.72)	5.75 (3.25, 10.09)
Amniorraxis Artificial (sin consentimiento)				
No	623 (93.8)	41 (6.2)	1 (ref.)	1 (ref.)

Sí	148 (84.6)	27 (15.4)	2.77 (1.65, 4.65)	2.28 (1.31, 3.97)
Administración de oxitocina (sin consentimiento)				
No	613 (94.0)	39 (6.0)	1 (ref.)	1 (ref.)
Sí	158 (84.5)	29 (15.5)	2.89 (1.73, 4.81)	2.18 (1.26, 3.77)
Examinaciones vaginales repetidas (por diferentes profesionales)				
No	633 (95.5)	30 (4.5)	1 (ref.)	1 (ref.)
Sí	138 (78.4)	38 (21.6)	5.81 (3.48, 9.70)	4.84 (2.77, 8.47)
Compresión abdominal durante los pujos				
No	668 (94.1)	42 (5.9)	1 (ref.)	1 (ref.)
Sí	103 (79.8)	26 (20.2)	4.02 (2.36, 6.83)	3.14 (1.72, 5.73)
Extracción manual de placenta (sin anestesia)				
No	708 (93.5)	49 (6.5)	1 (ref.)	1 (ref.)
Sí	63 (76.8)	19 (23.2)	4.36 (2.42, 7.85)	3.45 (1.81, 6.58)

Negrita: diferencias estadísticamente significativas. OR: Odds Ratio. ORa: Odds Ratio ajustada por factores: edad, paridad, nivel académico, embarazo deseado, educación materna, embarazo gemelar, plan de parto, piel con piel, lactancia al alta, intervención posparto y morbilidad del embarazo.

La distribución de los puntajes PPQ según el desempeño de estas prácticas y procedimientos se muestra en la Figura 9.

Figura 9. Distribuciones de las puntuaciones de PPQ para diferentes prácticas y procedimientos.



Intrapartum practices/ procedures and the risk of PTSD (PPQ Score)

6.4. OBJETIVO 4/MANUSCRITO IV

RIESGO ALTO A LARGO PLAZO DE TRASTORNO POR ESTRÉS POSPARTO POSTRAUMÁTICO (TEPT) Y FACTORES ASOCIADOS

Un total de 1301 mujeres participaron en el estudio. La edad media fue de 36,16 años (DE = 4,21 años), el 57,5% (748) de los participantes tenían más de 35 años y el 70,7% (920) de ellos eran primíparas. El parto fue inducido en el 40,4% (526) de las participantes, 57% (741) tuvo trabajo de parto eutócico y 25,8% (336) terminó dando a luz por cesárea (programada o de emergencia). La prevalencia de riesgo de TEPT (puntuación PPQ 19) en la muestra fue del 13,1% (171). Los datos sociodemográficos detallados y otras variables clínicas se pueden ver en la Tabla 10.

Tabla 10. Características sociodemográficas y del embarazo actual de la muestra.

Variable	N (%)	Media (DE)
Edad maternal		36.16 (4.21)
≤ 35 años	553 (42.5)	
> 35 años	748 (57.5)	
Nivel educativo		
Escuela primaria	18 (1.4)	
Secundaria	51 (3.9)	
Bachiller	273 (21.0)	
Universidad	959 (73.7)	
Situación laboral		
Trabajo tiempo completo	558 (42.9)	
Trabajo tiempo parcial	382 (29.4)	
Baja laboral	49 (3.8)	
Excedencia	80 (6.1)	
Paro	232 (17.8)	

Nacionalidad	
Española	1249 (96.0)
Otra	52 (4.0)
Ingresos familiares mensuales	
Menos de 1000 euros	49 (3.8)
Entre 1000 y 2000 euros	405 (31.1)
Entre 2000 y 3000 euros	274 (21.1)
Entre 3000 y 4000 euros	108 (8.3)
Paridad	
Primípara	920 (70.7)
Múltipara	381 (29.3)
Tipo de parto	
Parto eutócico	741 (57.0)
Instrumental	224 (17.2)
Cesárea programada	99 (7.6)
Cesárea de emergencia	237 (18.2)
Inducción del parto	
No	775 (59.6)
Sí	526 (40.4)
Lugar de nacimiento	
Hospital público	1038 (79.8)
Hospital privado	230 (17.7)
Casa de partos	4 (0.3)
Casa	29 (2.2)
Admisión del neonato a unidad (cuidados)	
No	1124 (86.4)
Cuidados intermedios	79 (6.1)
Cuidados intensivos	98 (7.5)
Alimentación al alta (leche)	
Materna	1022 (78.6)
Mixta	227 (17.4)
Artificial	52 (4.0)

Se realizó un análisis bivariado con factores potencialmente asociados al riesgo de TEPT. Se observó asociación estadísticamente significativa para las

siguientes variables: edad materna, desempleo, renta familiar mensual entre 2000 y 4000 euros, asistencia a menos de cinco clases de preparación al parto, plan de parto, parto inducido, anestesia regional, anestesia general, instrumental parto, cesárea urgente, desgarro severo, práctica piel con piel, lactancia materna en la primera hora, ingreso del recién nacido en la UCI neonatal (UCIN), grado de apoyo de la pareja, sentirse respetado por los profesionales de la salud, lactancia al alta, cirugía posparto, reingreso hospitalario, violencia obstétrica verbal, violencia obstétrica física y violencia obstétrica psicoafectiva, tal y como puede apreciarse en la tabla 11.

Tabla 11. Análisis bivariado y multivariado entre características sociodemográficas y obstétricas con el riesgo TEPT y factores asociados.

Variable	TEPT y factores asociados			
	Puntuación < 19	Puntuación ≥ 19	OR (IC 95%)	ORa (IC 95%)
Edad materna				
≤ 35 años	465 (84.1)	88 (15.9)	1 (ref.)	
> 35 años	665 (88.9)	83 (11.1)	0.66 (0.48, 0.91)	
Nivel educativo				
Escuela primaria	13 (72.2)	5 (27.8)	1 (ref.)	
Secundaria	46 (90.2)	5 (9.8)	0.28 (0.07, 1.13)	
Bachiller	233 (85.3)	40 (14.7)	0.45 (0.15, 1.32)	
Universidad	838 (87.4)	121 (12.6)	0.36 (0.13, 1.07)	
Situación laboral				
Trabajo tiempo completo	496 (88.9)	62 (11.1)	1 (ref.)	
Trabajo tiempo parcial	337 (88.2)	45 (11.8)	1.07 (0.71, 1.61)	
Baja laboral	40 (81.6)	9 (18.4)	1.80 (0.83, 3.89)	
Excedencia	70 (87.5)	10 (12.5)	1.14 (0.56, 2.33)	
Paro	187 (80.6)	45 (19.4)	1.93 (1.27, 2.93)	
Nacionalidad				
Española	1086 (86.9)	163 (13.1)	1 (ref.)	
Otra	44 (84.6)	8 (15.4)	1.21 (0.56, 2.62)	

Ingresos familiares**mensuales**

Menos de 1000 euros	37 (75.5)	12 (24.5)	1 (ref.)
Entre 1000 y 2000 euros	335 (82.7)	70 (17.3)	0.64 (0.32, 1.30)
Entre 2000 y 3000 euros	421 (90.5)	44 (9.5)	0.32 (0.16, 0.66)
Entre 3000 y 4000 euros	242 (88.3)	32 (11.7)	0.41 (0.19, 0.86)
Más de 4000 euros	95 (88.0)	13 (12.0)	0.42 (0.17, 1.01)

Embarazo planeado

No	76 (83.5)	15 (16.5)	1 (ref.)
Sí	1054 (87.1)	156 (12.9)	0.75 (0.42, 1.34)

Clases de preparación al**parto**

No	237 (90.5)	25 (9.5)	1 (ref.)
Sí (menos de 5 clases)	149 (80.1)	37 (19.9)	2.35 (1.36, 4.07)
Sí (más de 5 clases)	744 (87.2)	109 (12.8)	1.39 (0.88, 2.20)

Plan de parto

No	586 (88.9)	73 (11.1)	1 (ref.)	1 (ref.)
Sí, pero no fue respetado	134 (68.7)	61 (31.3)	3.65 (2.48, 5.39)	1.89 (1.21, 2.94)
Sí, y fue respetado	410 (91.7)	37 (8.3)	0.72 (0.48, 1.10)	1.10 (0.69, 1.73)

Embarazo gemelar

No	1102 (86.8)	167 (13.2)	1 (ref.)
Sí	28 (87.5)	2 (12.5)	0.94 (0.33, 2.72)

Nacido vivo

No	8 (83.3)	1 (16.7)	1 (ref.)
Sí	1125 (86.9)	170 (13.1)	0.76 (0.09, 6.51)

Paridad

Primípara	770 (83.7)	150 (16.3)	1 (ref.)
Múltipara	360 (94.5)	21 (5.5)	0.30 (0.19, 0.48)

Inducción del parto

No	688 (88.8)	87 (11.2)	1 (ref.)
Sí	442 (84.0)	84 (16.0)	1.50 (1.09, 2.06)

Analgesia natural

No	921 (86.6)	143 (13.4)	1 (ref.)
Sí	209 (88.2)	28 (11.8)	0.86 (0.56, 1.33)

Analgesia regional

No	321 (90.9)	32 (9.1)	1 (ref.)
Sí	809 (85.3)	139 (14.7)	1.72 (1.15, 2.59)

Anestesia general

No	1100 (87.3)	160 (12.7)	1 (ref.)
Sí	30 (73.2)	11 (26.8)	2.52 (1.24, 5.13)
Tipo de parto			
Parto eutócico	678 (91.5)	63 (8.5)	1 (ref.)
Instrumental	186 (83.0)	38 (17.0)	2.20 (1.42, 3.39)
Cesárea programada	88 (88.9)	11 (11.1)	1.35 (0.68, 2.65)
Cesárea de emergencia	178 (75.1)	59 (24.9)	3.57 (2.41, 5.28)
Episiotomía			
No	818 (87.8)	114 (12.2)	1 (ref.)
Sí	312 (84.6)	57 (15.4)	1.31 (0.93, 1.85)
Desgarro perineal			
No	715 (85.6)	120 (14.4)	1 (ref.)
Moderado	378 (91.1)	37 (8.9)	0.58 (0.40, 0.86)
Severo	37 (72.5)	14 (27.5)	2.26 (1.18, 4.30)
Piel con piel			
No	230 (72.6)	72 (23.8)	1 (ref.)
Sí	900 (90.1)	99 (9.9)	0.35 (0.25, 0.49)
Lactancia materna 1h postparto			
No	249 (77.6)	72 (22.4)	1 (ref.)
Sí	881 (89.9)	99 (10.1)	0.39 (0.28, 0.54)
Admisión del neonato a unidad (cuidados)			
No	986 (87.7)	138 (12.3)	1 (ref.)
Cuidados intermedios	62 (78.5)	17 (21.5)	1.96 (1.11, 3.45)
Cuidados intensivos	82 (83.7)	16 (16.3)	1.39 (0.79, 2.45)
Lugar de nacimiento			
Hospital público	903 (87.0)	135 (13.0)	1 (ref.)
Hospital privado	195 (84.8)	35 (15.2)	1.20 (0.80, 1.80)
Casa de partos	3 (75.0)	1 (25.0)	2.23 (0.23, 21.59)
Casa	29 (100.0)	0 (0.0)	0.00 (0.00, 0.00)
Duración de estancia hospitalaria			
1 día	81 (89.0)	10 (11.0)	1 (ref.)
2 días	580 (89.0)	72 (11.0)	1.01 (0.50, 2.03)
3 días	269 (85.7)	45 (14.3)	1.36 (0.65, 2.81)
4 días o más	200 (82.0)	44 (18.0)	1.78 (0.86, 3.71)
Apoyo de la pareja durante el parto			

Nada	26 (78.8)	7 (21.2)	1 (ref.)	
Poco	40 (62.5)	24 (37.5)	2.23 (0.84, 5.91)	
Algo	97 (78.9)	26 (21.1)	0.97 (0.39, 2.55)	
Bastante	271 (86.3)	43 (13.7)	0.59 (0.24, 1.44)	
Mucho	696 (90.7)	71 (9.3)	0.38 (0.16, 0.90)	
Ser respetada por los profesionales de salud				
Nada	19 (34.5)	36 (65.5)	1 (ref.)	
Poco	99 (68.8)	45 (31.3)	0.24 (0.12, 0.46)	
Algo	160 (76.9)	48 (23.1)	0.16 (0.08, 0.30)	
Bastante	485 (94.4)	29 (5.6)	0.03 (0.02, 0.06)	
Mucho	367 (96.6)	13 (3.4)	0.02 (0.01, 0.04)	
Alimentación al alta (leche)				
Materna	909 (88.9)	113 (11.1)	1 (ref.)	1 (ref.)
Mixta	185 (81.5)	42 (18.5)	1.83 (1.24, 2.69)	1.24 (0.80, 1.93)
Artificial	36 (69.2)	16 (30.8)	3.58 (1.92, 6.65)	2.50 (1.20, 5.17)
Intervención quirúrgica postparto				
No	1095 (87.6)	155 (12.4)	1 (ref.)	1 (ref.)
Sí	35 (68.6)	16 (31.4)	3.23 (1.75, 5.97)	2.23 (1.02, 4.85)
Admisión maternal a cuidados intensivos				
No	1130 (86.9)	171 (13.1)	NC	
Re-admisión hospitalaria				
No	1114 (87.4)	160 (12.6)	1 (ref.)	1 (ref.)
Sí	16 (59.3)	11 (40.7)	4.79 (2.18, 10.50)	3.45 (1.21, 9.84)
Violencia verbal				
No	867 (94.3)	52 (5.7)	1 (ref.)	1 (ref.)
Sí	263 (68.8)	119 (31.2)	7.54 (5.30, 10.75)	3.73 (2.52, 5.53)
Violencia física				
No	448 (93.3)	32 (6.7)	1 (ref.)	
Sí	682 (83.1)	139 (16.9)	2.85 (1.91, 4.27)	
Violencia psico-afectiva				
No	710 (96.2)	29 (3.8)	1 (ref.)	1 (ref.)
Sí	420 (74.6)	143 (25.4)	8.63 (5.66, 13.17)	3.98 (2.48, 6.39)
Violencia (dicotómica)				
No	324 (98.2)	6 (1.8)	1 (ref.)	

Sí

806 (83.0)

165 (17.0)

11.06 (4.85, 25.22)

OR: Odds Ratio; NC: No calculado. * Odds Ratio ajustado después de un análisis multivariado usando el procedimiento paso a paso hacia atrás de Regresión Logística Binaria. Valores estadísticamente significativos en negrita.

A continuación, se realizó un análisis multivariado. Los factores asociados con el riesgo de TEPT fueron los siguientes: no respetar un plan de parto (ORa = 1,89 (IC del 95%: 1,21 a 2,94)), alimentación con fórmula del recién nacido al alta (ORa = 2,50 (IC del 95%: 1,20 a 5,17)) , intervención quirúrgica posparto (ORa = 2,23 [IC 95%: 1,02-4,85]), reingreso hospitalario materno (ORa = 3,45(IC del 95%: 1,21 a 9,84)), violencia obstétrica de tipo verbal (ORa = 3,73 (IC del 95%: 2,52 a 5,53)) y violencia obstétrica psicoafectiva (ORa = 3,98 (IC 95%: 2,48-6,39)).

D
I
S
C
U
S
I
Ó
N



7. DISCUSIÓN

Nuestros análisis demuestran la consistencia interna y la validez de constructo y criterio del PPQ español. Esto permite tener confianza en el uso de la herramienta PPQ en un entorno español, algo que no se había comprobado antes de nuestro estudio.

Otro aspecto importante a considerar es la prevalencia detectada de riesgo de TEPT, que se situó en el 11,1% en nuestra muestra. En 2017, una revisión sistemática y un meta-análisis del trastorno de estrés postraumático informó tasas de prevalencia del 4,0% (IC del 95%: 2,77 a 5,71) en la población general, con un 18,5% (IC del 95%: 10,6 a 30,38) de mujeres en riesgo. (Halperin et al., 2015)

Además, conviene aclarar que la herramienta PPQ tiene una finalidad de cribado y no de diagnóstico, por lo que es normal que presente una mayor prevalencia que los casos diagnosticados.

En cuanto a la validez de constructo factorial, los valores obtenidos en las pruebas KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett fueron adecuados; por lo tanto, llevamos a cabo la EPT. Tres componentes explicaron el 36,3% de la varianza. Las versiones en inglés, coreano y chino explicaron el 65%, 67% y 51%, respectivamente, de la varianza. (Park et al., 2016; Quinnell & Hynae, 1999; Zhang et al., 2018)

En cuanto a la distribución de los componentes, ninguno coincide entre las versiones publicadas, como se puede observar en la Tabla 2. Además, las

versiones coreanas, china y española coinciden en los primeros ítems del componente.

El cuestionario presenta una adecuada validez convergente ya que se asocia a variables vinculadas previamente con el riesgo de TEPT, como el tipo de nacimiento, (Adewuya et al., 2006; Andersen et al., 2012; S. Ayers et al., 2016; Susan Ayers et al., 2009; M. M. Cohen et al., 2004; Halperin et al., 2015; Hernandez-Martinez et al., 2019; Hernández-Martínez et al., 2020; Söderquist et al., 2002; Srkalović Imširagić et al., 2017) prematuridad, (DeMier et al., 1996; Elklit et al., 2008) admisión del neonato en unidad de cuidados, (Adewuya et al., 2006) contacto piel con piel, (Hernandez-Martinez et al., 2019) y tipo de alimentación. (Halperin et al., 2015) Además, se observaron otras asociaciones con el riesgo de TEPT, incluido el grado de apoyo de la pareja y el sentimiento de respeto por parte del personal sanitario. También usamos el mismo punto de corte (≥ 19) usado por Callahan et al., (J. L. Callahan et al., 2006) considerando el riesgo de TEPT, siendo el mismo considerado por los autores para su aplicación clínica; acercando así la validación a su verdadera aplicación en el entorno clínico.

A continuación, se evaluó la validez de criterio mediante la EPDS. Se usó esta herramienta porque otros autores han observado una fuerte correlación entre el TEPT y la depresión posparto. (None, 2016) Es un instrumento muy conocido utilizado por los profesionales en la práctica clínica. (El-Den et al., 2015) En concreto, utilizamos puntuaciones de EPD ≥ 10 para determinar la capacidad predictiva, encontrando valores de AUC de ROC casi excelentes.

Finalmente, se evaluó la consistencia interna y encontramos valores muy cercanos a los encontrados en la versión en inglés (α de Cronbach = 0.90) (Quinnell & Hynae, 1999) y para la versión coreana (Cronbach's α = 0.91), (Park

et al., 2016). Los valores de consistencia interna más bajos se encontraron en la versión china (Cronbach's $\alpha = 0.837$), (Zhang et al., 2018), y especialmente la versión francesa (Cronbach's $\alpha = 0.77$), (Pierrehumbert et al., 2004). Esta gran diferencia podría explicarse porque todas las versiones excepto la francesa usaban una escala tipo Likert mientras que la versión francesa usaba respuestas dicotómicas.

Con la validación de este cuestionario, los profesionales sanitarios pueden contar con una nueva herramienta para identificar a aquellas mujeres que están en riesgo de desarrollar TEPT después del parto. La herramienta es simple y fácil de aplicar, de tal manera que podría incluirse como una herramienta más de evaluación durante el posparto, al igual que la EPDS se utiliza casi sistemáticamente para el cribado de la DP. (El-Den et al., 2015) Los profesionales de la salud con este tipo de herramientas pueden orientar esfuerzos hacia la detección precoz y prevención de las consecuencias de un problema prevalente con tendencia creciente y que tiene importantes consecuencias para la salud de la mujer y su descendencia. (McKinney et al., 2018; None, 2016).

La validación de este instrumento tiene una especial relevancia en el campo de la investigación del TEPT, ya que hasta la fecha no existe un instrumento específico para evaluar el riesgo de TEPT perinatal en la población de habla hispana. Validaciones, según lo recomendado por sociedades científicas, ("ACOG Committee Opinion No. 757: Screening for Perinatal Depression," 2018) son fundamentales para que los investigadores puedan utilizar los instrumentos de evaluación en futuras investigaciones y puedan obtener resultados válidos, establecer comparaciones y medir el impacto en la salud de la mujer.

En lo que a la creación de dos modelos de predicción de riesgo de TEPT posparto se refiere, el modelo A, construido solo con variables clínicas, presentó una capacidad predictiva satisfactoria (AUC ROC = 0,70), mientras que el modelo B, construido con variables clínicas y percepciones subjetivas de los pacientes, presentó una buena capacidad predictiva (AUC ROC = 0,82). Las variables predictivas comunes a ambos modelos fueron: tipo de parto, ingreso del recién nacido a la unidad de cuidados, tipo de alimentación del neonato al alta y reingreso hospitalario posparto. Sin embargo, el modelo A también incluyó el contacto piel con piel y la presencia de un desgarro severo como variables exclusivas. En cambio, el modelo B incluyó variables relacionadas con el apoyo recibido por parte de la pareja y la percepción de respeto de los profesionales de la salud durante el proceso laboral.

Actualmente, existen varios estudios publicados con modelos de predicción de riesgo de TEPT (Adewuya et al., 2006; Boudou et al., 2007; Czarnocka & Slade, 2000; Fairbrother & Woody, 2007; Ford & Ayers, 2011; Haagen et al., 2015; Heumen et al., 2018; Lopez et al., 2017; O'Donovan et al., 2014; Shlomi Polachek et al., 2016b, 2016a; Vossbeck-Elsebusch et al., 2014). Sin embargo, solo el estudio de Van Heumen et al. estudió la capacidad de predicción con curvas ROC (Heumen et al., 2018), presentando un AUC de ROC de 0.795 – menor que nuestro mejor modelo. Además, ninguno ha sido validado en poblaciones distintas de las utilizadas para crear el modelo, lo que constituye una limitación importante. En cuanto a los tamaños de muestra, todos fueron más pequeños que los nuestros, y solo uno supera los 1000 sujetos (Heumen et al., 2018), además solo 3 estudios sobrepasan los 500 sujetos (Adewuya et al., 2006; Heumen et al., 2018; O'Donovan et al., 2014). Algunos de estos estudios se han realizado en grupos de población muy concretos, como el estudio de López et al., (Lopez et al., 2017) que utilizó una muestra de mujeres que tuvieron un parto por cesárea, excluyendo a la mayoría de las mujeres que dieron a luz por

vía vaginal. Otros modelos han incluido otras escalas y valoraciones basadas en cuestionarios de ansiedad, emociones, depresión, entre otros, como factores predictivos (Boudou et al., 2007; Haagen et al., 2015; Heumen et al., 2018; O'Donovan et al., 2014; Shlomi Polachek et al., 2016a; Vossbeck-Elsebusch et al., 2014).

En cuanto a las variables neonatales como factores que influyen en el riesgo de TEPT, se identificaron entre ellas el ingreso hospitalario del recién nacido. (Adewuya et al., 2006) De manera similar, el riesgo también se relacionó con la falta de contacto piel con piel y con la alimentación con fórmula. Aunque estas variables no se han incluido en otros modelos, se han relacionado con un mayor riesgo de TEPT en otros estudios (Abdollahpour et al., 2016; Halperin et al., 2015; Hernandez-Martinez et al., 2019; Hernández-Martínez et al., 2020). Por otra parte, si bien estas tres variables están relacionadas entre ellas, los autores creen que tienen un efecto parcialmente independiente. En primer lugar no todos los niños ingresados dejan de hacer piel con piel, ya que en muchos casos el ingreso es varias horas posterior al nacimiento y en segundo lugar, muchas mujeres cuyos hijos están ingresados siguen dando lactancia a pesar del gran obstáculo que supone. El modelo predictivo de Fairbrother et al., (Fairbrother & Woody, 2007) también incluye puntuaciones de Apgar al nacer bajas como factor. En nuestra muestra no se evaluó esta variable.

Otra variable incluida en nuestro modelo B fue la percepción de trato respetuoso por parte de los profesionales sanitarios hacia las mujeres. Este aspecto está estrechamente relacionado con el concepto de violencia obstétrica y no ha sido evaluado por en otros modelos predictivos, a pesar de la existencia de publicaciones que asocian la relación entre el tratamiento por parte de los profesionales de la salud durante el cuidado del parto y la presencia de TEPT.

(De Schepper et al., 2016; Silveira et al., 2019) Este aspecto adquiere especial relevancia ya que la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2014) y las Naciones Unidas (United Nations, 2019) informan de una tendencia al alza en las mujeres que perciben un tratamiento inadecuado durante la atención del parto.

Finalmente, el apoyo brindado por la pareja juega un papel relevante en el riesgo de TEPT, de tal manera que las mujeres que percibieron que sus parejas las apoyaron durante el embarazo, el parto y el posparto tuvieron un menor riesgo de TEPT, coincidiendo con el modelo de Czarnocka & Slade basado en un estudio realizado con 264 mujeres. (Czarnocka & Slade, 2000)

El parto eutócico, es el tipo de parto de menor riesgo de complicaciones materno-infantiles, a pesar de ello, aproximadamente 8 de cada cien mujeres que tuvieron un parto eutócico presentaron riesgo de TEPT. Las mujeres que sufrieron complicaciones obstétricas intraparto tales como un desgarro perineal severo, o una alteración de la FCF intraparto presentaron mayor incidencia de TEPT. Las mujeres a las que se les realizó ciertas prácticas o procedimientos intraparto como administración de enema, indicación de permanecer acostada todo el tiempo, amniorrexis artificial (sin consentimiento), administración de oxitocina (sin consentimiento), compresión abdominal durante los pujos (maniobra de Kristeller), tactos vaginales reiterados (realizados por distintas personas) y extracción manual de la placenta sin anestesia tenían más riesgo de desarrollar TEPT.

La prevalencia de TEPT obtenida es similar a los resultados de otros autores. (Hernandez-Martinez et al., 2019) Sin embargo, otros autores obtienen resultados con una prevalencia menor a la encontrada en nuestro estudio. (Cook et al., 2018; Dikmen-Yildiz et al., 2017a) En una revisión sistemática donde se incluyeron 26 trabajos, se obtuvieron unas cifras de prevalencia del

4% (Cook et al., 2018) coincidiendo con la que obtuvieron Yildiz et al., (Dikmen-Yildiz et al., 2017a) en una revisión sistemática con meta-análisis donde fueron incluidos 59 estudios.

El desgarro perineal severo se asoció al incremento del riesgo de TEPT, esta asociación ya se había encontrado en los resultados de otras investigaciones (Hernández-Martínez et al., 2020) como en el estudio trasversal realizado en España donde participaron 1531 mujeres, donde se midió el riesgo de TEPT usando el cuestionario PPQ de Callahan et al., (J. L. Callahan et al., 2006).

Aunque la prevalencia de las lesiones provocadas por desgarros severos y el parto eutócico apenas se ha situado en los estudios en el 2% (Halle et al., 2016) sus secuelas deben ser tenidas en cuenta tanto a nivel psicológico, como físico y funcional. (Halle et al., 2016; Hernandez-Martinez et al., 2020). Otra complicación intraparto que mostró asociación con el TEPT se trató de la frecuencia cardíaca fetal alterada. No hay estudios que comparen la relación entre esta alteración y la incidencia de TEPT postparto tras un parto eutócico.

Diversas practicas o intervenciones realizadas durante el período intraparto mostraron asociación al riesgo de TEPT, algunas como la compresión abdominal durante los pujos ya había sido reportada por Hernández-Martínez et al., como un factor de riesgo de TEPT (Hernandez-Martinez et al., 2020). En línea también con nuestros resultados, en un estudio italiano donde participaron 522 mujeres se asoció la maniobra de Kristeller (Sartore et al., 2012) con una mayor incidencia de secuelas psicológicas en la mujer. (Hernandez-Martinez et al., 2020) El hecho de que la mujer fuese examinada con numerosos tactos vaginales reiterados también mostró asociación con el TEPT, en concreto y de forma más específica, nuestros resultados detallan que el riesgo de TEPT aumentaba al ser examinada por diferentes profesionales y de forma reiterada.

Otras dos intervenciones obstétricas que incrementaron el riesgo de TEPT en parto eutócico fueron la administración de enema, así como la indicación de permanecer acostada, con restricción de movimientos, durante todo el tiempo que durase el parto. No existen estudios que relacionen ambos factores para poder contrastar nuestros hallazgos.

El consentimiento informado ha sido señalado por Dinter-Douma et al. (van Dinter-Douma et al., 2018) como un factor de riesgo de aparición del TEPT, datos similares a los obtenidos en nuestro estudio donde, cuando se realiza las amniorrexis artificial y se lleva a cabo la administración de oxitocina, ambas practicas sin consentimiento aumentan el riesgo de TEPT, poniendo énfasis en la violación del consentimiento informado como factor de riesgo de TEPT. Nuestros resultados no encuentran asociación cuando estas prácticas se realizan tras informar a la mujer y haber obtenido su autorización. Esto hace que se ponga en relieve que lo que realmente se asocia a la incidencia de TEPT es la falta de consentimiento de la mujer para poder llevar a cabo estas prácticas. (Çalik et al., 2018)

La extracción manual de la placenta, sin uso de analgesia se ha identificado como factor de riesgo de TEPT, esta asociación ya había sido encontrada por Polachek et al., (Polachek et al., 2012) que en un estudio realizado en Israel, donde participaron un total de 89 mujeres, encontraron que las mujeres que más síntomas de TEPT mostraban tuvieron parto vaginal. De entre los factores que parecían incidir en esta relación, propiciando la aparición del trastorno en mujeres con parto vaginal, se encontraban el haberse llevado a cabo estas intervenciones obstétricas sin la administración suficiente de analgesia para ello.

Tal y como se pone de manifiesto en nuestros resultados, el nexo de unión entre TEPT y parto eutócico, puede que no se deba al hecho del propio parto sino que parece estar relacionado con las intervenciones obstétricas que se

realizan durante el parto (Fisher et al., 1997; Milosavljevic et al., 2016) y con las complicaciones intraparto que pueden surgir. (Hernandez-Martinez et al., 2019; Hernández-Martínez et al., 2020; Zaat et al., 2018)

Cuando se tiene en cuenta todos los tipos de parto, y no solo los partos eutócicos, aproximadamente 13 de cada 100 mujeres estaban en riesgo de TEPT más allá del primer año después del parto. Las mujeres cuyo plan de parto no fue respetado, las que alimentaron a su bebé con fórmula al alta hospitalaria, las que tuvieron que someterse a cirugía posparto o ser readmitidas en el hospital, así como las que habían experimentado violencia obstétrica verbal o psicoafectiva durante el parto, estuvieron en mayor riesgo de desarrollar TEPT y mantener este riesgo durante el puerperio tardío.

La prevalencia de riesgo de TEPT en nuestra muestra estuvo dentro del rango medio establecido por varios autores, que va del 0% al 43%. (Allen, 1998; C. T. Beck & Casavant, 2019; Cook et al., 2018; Creedy et al., 2000; Grekin & O'Hara, 2014; Khoramroudi, 2018; Soet et al., 2003; Yildiz et al., 2017) Si bien es cierto que otros autores, como Vignato et al., reportan un rango menor, ubicándolo entre el 0,8% y el 26%. Nuestros resultados de prevalencia se encuentran dentro del rango descrito en la literatura, los que se reportan en la literatura corresponden a la prevalencia en el puerperio y no a largo plazo, como se estudia en nuestra investigación. (Vignato et al., 2017)

Tener un plan de parto que no se respetó durante la atención clínica se asoció con la aparición de TEPT; datos que coinciden con los encontrados por Hernández-Martínez et al., (Hernandez-Martinez et al., 2020) en su estudio transversal realizado en España con casi 3.000 mujeres. Esto puede reflejar la discrepancia entre las expectativas que manifiesta la mujer en el plan de parto y la experiencia que finalmente acaba teniendo. (Downe et al., 2018)

La alimentación con fórmula del recién nacido al alta hospitalaria se asoció con la aparición de TEPT, y varios autores ya han estudiado esta asociación. (Cook et al., 2018; Susan Garthus-Niegel, Horsch, Bickle Graz, et al., 2018) Cook et al., encontró que la lactancia materna se asoció con tasas más bajas de TEPT, (Cook et al., 2018) en línea con los resultados de los autores antes mencionados, y en consonancia con nuestros hallazgos. Según los resultados de Garthus-Niegel et al., el mayor riesgo de desarrollar TEPT ocurrió cuando la lactancia materna no se inició o no se estableció, por lo que es especialmente importante establecer tanto el inicio temprano como el mantenimiento de la lactancia materna a lo largo del tiempo, incluso después del alta hospitalaria. (Susan Garthus-Niegel, Horsch, Ayers, et al., 2018) La importancia de mantener este tipo de alimentación del recién nacido durante semanas después del parto se refleja en los resultados de Imširagić et al., (Imširagić et al., 2016) donde la lactancia materna exclusiva redujo los niveles de TEPT en su estudio realizado en Croacia y que incluyó la participación de más de 250 mujeres.

Las mujeres que tuvieron que someterse a una cirugía posparto tenían más probabilidades de desarrollar TEPT. Actualmente, no hay investigaciones que estudien esta asociación. Mientras que la cirugía posparto se suele realizar para reparar una estructura o función para devolverle la normalidad, (Meister et al., 2018) y mejorando así la calidad de vida de las mujeres, lo que conlleva esta alteración de la normalidad y las secuelas derivadas de la intervención pueden hacer que las mujeres tengan un mayor riesgo de desarrollar TEPT.

Las mujeres que fueron readmitidas en el hospital tenían un mayor riesgo de desarrollar TEPT. No existen estudios que relacionen directamente estas dos variables para poder comparar nuestros hallazgos. Quizás sea este regreso a un entorno estresante, como el ambiente hospitalario, sin la compañía del recién nacido o el apoyo familiar (Roque & Carraro, 2015) o la alteración de la

normalidad provocada por el regreso al hospital, lo que aumenta el riesgo de padecer el trastorno.

La violencia obstétrica verbal y psicoafectiva también muestra una asociación con la aparición de riesgo de TEPT, siendo la violencia verbal la más probable de afectar el desarrollo de la condición. El tratamiento verbal adecuado, dando información concreta y comprensible, así como asegurando el consentimiento informado, ha sido encontrado por van Dinter-Douma et al., (van Dinter-Douma et al., 2018) como elementos que podrían ayudar a reducir el miedo durante el parto. La violencia obstétrica ha sido poco estudiada por autores de países desarrollados, lo que dificulta contrastar los hallazgos. Es sorprendente cómo el tratamiento de los profesionales durante la asistencia al parto puede determinar el desarrollo o el mantenimiento del TEPT incluso después de un tiempo significativo después del parto. Hay gobiernos, como el de Canadá, que han comenzado a recopilar y analizar estadísticas que muestran la importancia de los trastornos mentales a largo plazo más allá del posparto, manteniendo sus efectos durante años. (Statistics Canada, 2019) Esta atención a la salud mental más allá del puerperio es algo que diversos autores han resaltado como una prioridad, destacando patologías que generan problemas de salud en la mujer nueve meses después del parto, (França & McManus, 2018) incluso causando readmisión hospitalaria. (Savitz et al., 2011) Sin embargo, hasta la fecha, no hemos encontrado investigaciones que mencionen al TEPT como patología mental en esta área. Por ello, es fundamental sensibilizar al personal que atiende en las salas de parto de las medidas necesarias para que una mujer perciba su trato como adecuado durante el proceso de parto.

7.1. FORTALEZAS Y LIMITACIONES

Las fortalezas incluyen la oportunidad de validar un cuestionario para detectar el riesgo de trastorno de estrés postraumático postparto en idioma español en una muestra diversa de un grupo sociodemográfico y clínico variado de puérperas.

En esa línea, la creación modelos también puede ser útil para los clínicos, que podría suplir el contacto verbal, recogiendo así datos sobre el grado de apoyo de la pareja y el trato recibido por los profesionales, se podría utilizar el modelo A. Así mismo, esta herramienta es especialmente útil para los profesionales que tienen un primer contacto con la mujer después del proceso de parto pudiendo usarse esta herramienta como cribado.

Existen varias limitaciones en el estudio; Una vez que se consideró a las mujeres que se negaron a participar en la investigación, no hubo razón para creer que hubiera habido sesgo de selección, ya que el número de no participantes era pequeño y la muestra se seleccionó consecutivamente.

El hecho de incluir solo a mujeres que habían dado a luz en un periodo no muy lejano redujo el sesgo de memoria posible.

Una de las limitaciones potenciales de este estudio fue que la prevalencia observada de riesgo de TEPT es alta en comparación con otros estudios para ser una población general.

El estudio se llevó a cabo en una población residente en España y aunque los resultados de validación del cuestionario y de los modelos propuestos han sido buenos, tendrían que ser validados en otros países y contextos culturales.

Durante el período de estudio (realizado desde el 1 de septiembre de 2019 hasta el 31 de diciembre de 2019), las mujeres fueron elegidas de forma concurrente y consecutiva según asistieron a ser atendidas por la matrona

(densidad emparejada) con una paridad similar a la de la población general española según con otros estudios. (Martínez-Galiano et al., 2019) . Asimismo, las participantes dieron a luz mayoritariamente en hospitales públicos (81,1%) coincidiendo con las estadísticas oficiales del Ministerio de Sanidad de España y con los estudios publicados que abordan el tema. (Ministerio de Sanidad, 2018; Hernández-Martínez et al., 2019) Por tanto, existen razones para pensar que la muestra es representativa.

La existencia de sesgo de información también es poco probable: tanto las preguntas como las respuestas fueron redactadas para ser comprensibles en cualquier nivel educativo.

Tampoco se puede descartar por completo un sesgo de confusión a pesar de intentar controlarlo tanto en el diseño del estudio como en el análisis de datos, ajustando por las variables que podrían influir en los resultados. El cuestionario era digital y debía completarse en línea; esto puede haber limitado la participación de las mujeres que no tienen acceso a internet, aunque esto es poco común ya que la mayoría de la población tiene dispositivos (teléfonos inteligentes, tabletas, computadoras, etc.) con conexión a internet. El cuestionario en línea ha sido previamente utilizado como instrumento de recolección de datos en diversas investigaciones. (Ball, 2019; Hernandez-Martinez et al., 2020; Isfort, 2017)

C
O
N
C
L
U
S
I
O
N
E
S



8. CONCLUSIONES

8.1. CONCLUSIONES OBJETIVO 1

Validar un cuestionario para cribar el Trastorno de Estrés Postraumático en Español

La validación de un cuestionario para cribar el riesgo de TEPT, el PPQ (Perinatal Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire) en mujeres españolas postparto, mostró propiedades psicométricas adecuadas, lo que lo hace apropiado para la práctica clínica en España.

8.2. CONCLUSIONES OBJETIVO 2

Desarrollar y validar dos modelos predictivos de riesgo de Trastorno de Estrés Postraumático durante el postparto

Un modelo predictivo (Modelo A) formado por variables clínicas y la percepción de apoyo por parte de la pareja junto con el apropiado tratamiento por parte del profesional de salud ha mostrado buena capacidad predictiva en ambas cohortes (derivada y de validación). Considerando por tanto este modelo de elección, comparado con otro (Modelo B) compuesto exclusivamente por variables clínicas.

Estos modelos pueden ayudar a identificar mujeres con riesgo de desarrollar TEPT, aumentando la detección precoz en un problema cada vez más prevalente. Por otro lado, también pueden ser útiles en intervención primaria, si se aplican políticas de salud para reducir la presencia de factores de riesgo como parto por cesárea o el tratamiento inadecuado de los profesionales de

salud así como fomentar el contacto piel con piel y la lactancia materna, entre otros.

8.3. CONCLUSIONES OBJETIVO 3

Determinar si hay asociación entre prácticas clínicas desarrolladas durante el parto eutócico o situaciones clínicas que se originan durante el mismo y la incidencia de TEPT

Hay prácticas clínicas intraparto realizadas durante un parto eutócico que se asocian a mayor riesgo de TEPT cómo: administración de enema, indicación de permanecer acostada todo el tiempo, amniorrexis artificial (sin consentimiento), administración de oxitocina (sin consentimiento), compresión abdominal durante los pujos, tactos vaginales reiterados (realizados por distintas personas) y extracción manual de la placenta sin anestesia. Existen además complicaciones intraparto tales cómo un desgarro perineal severo, o una alteración de la FCF intraparto que también aumentan el riesgo de incidencia de TEPT.

8.4. CONCLUSIONES OBJETIVO 4

Determinar los factores asociados con el Trastorno de Estrés Postraumático postparto que influyen en su aparición hasta un año después del parto

Las mujeres que tenían un plan de parto no respetado, las que alimentaban al bebe con lactancia artificial al alta hospitalaria, aquellas mujeres que tuvieron que ser intervenidas postparto o reingresar en el hospital así como las que hubieran experimentado una situación de violencia obstétrica verbal o psico-

afectiva tenían más riesgo de desarrollar TEPT y mantenerlo durante al menos 12-36 meses posteriores al parto.

B
I
B
L
I
O
G
R
A
F
Í
A



9. BIBLIOGRAFÍA

- Abdollahpour, S., Khosravi, A., & Bolbolhaghghi, N. (2016). The effect of the magical hour on post-traumatic stress disorder (PTSD) in traumatic childbirth: a clinical trial. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 34(4), 403–412. <https://doi.org/10.1080/02646838.2016.1185773>
- ACOG Committee Opinion No. 757: Screening for Perinatal Depression. (2018). In *Obstetrics and Gynecology* (Vol. 132, Issue 5, pp. E208–E212). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002927>
- Adewuya, A. O., Ologun, Y. A., & Ibigbami, O. S. (2006). Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113(3), 284–288. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.00861.x>
- Affairs, U. D. of V. (2020). *PTSD: National Center for PTSD*. <https://www.ptsd.va.gov/spanish/index.asp>
- Albert, P. R., Vahid-Ansari, F., & Luckhart, C. (2014). Serotonin-prefrontal cortical circuitry in anxiety and depression phenotypes: pivotal role of pre- and post-synaptic 5-HT1A receptor expression. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8, 199. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2014.00199>
- Allen, S. (1998). A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16(2–3), 107–131. <https://doi.org/10.1080/02646839808404563>
- American Psychiatric Association. (APA). (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3^a)*. American Psychiatric Press.

- American Psychological Association (APA). (2017a). *Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults. Guideline Development Panel for the Treatment of PTSD in Adults. Adopted as APA Policy*. <https://www.apa.org/ptsd-guideline>
- American Psychological Association (APA). (2017b). *PTSD Treatments*. PTSD Guidelines. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments>
- Andersen, L. B., Melvaer, L. B., Videbech, P., Lamont, R. F., & Joergensen, J. S. (2012). Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(11), 1261–1272. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2012.01476.x>
- Angelini, C. R., Pacagnella, R. C., Parpinelli, M. A., Silveira, C., Andreucci, C. B., Ferreira, E. C., Santos, J. P., Zanardi, D. M., Souza, R. T., & Cecatti, J. G. (2018). Post-Traumatic Stress Disorder and severe maternal morbidity: is there an association? *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*, 73, e309. <https://doi.org/10.6061/clinics/2018/e309>
- Astbury, J. (2006). Mental health aspects of women's reproductive health. *World Health Organization*, 80–168.
- Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., & Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*, 46(6), 1121–1134. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002706>
- Ayers, S., & Pickering, A. D. (2001). Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 28(2), 111–118. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2001.00111.x>
- Ayers, Susan. (2004). Delivery as a traumatic event: prevalence, risk factors, and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. *Clinical Obstetrics and*

Gynecology, 47(3), 552–567.

<https://doi.org/10.1097/01.grf.0000129919.00756.9c>

Ayers, Susan, Harris, R., Sawyer, A., Parfitt, Y., & Ford, E. (2009). Posttraumatic stress disorder after childbirth: analysis of symptom presentation and sampling. *Journal of Affective Disorders*, 119(1–3), 200–204.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.02.029>

Ayers, Susan, Wright, D. B., & Thornton, A. (2018). Development of a Measure of Postpartum PTSD: The City Birth Trauma Scale. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 409. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00409>

Badger, K., Royse, D., & Craig, C. (2008). Hospital Social Workers and Indirect Trauma Exposure: An Exploratory Study of Contributing Factors. *Health & Social Work*, 33, 63–71. <https://doi.org/10.1093/hsw/33.1.63>

Bados, A. (2009). Agorafobia y pánico: Naturaleza, evaluación y tratamiento. *Agora*, 1–127. <https://doi.org/10.1344/0.000000115>

Bailham, D., & Joseph, S. (2003). Post-traumatic stress following childbirth: A review of the emerging literature and directions for research and practice. *Psychology, Health & Medicine*, 8(2), 159–168.

<https://doi.org/10.1080/1354850031000087537>

Ball, H. L. (2019). Conducting Online Surveys. *Journal of Human Lactation : Official Journal of International Lactation Consultant Association*, 35(3), 413–417. <https://doi.org/10.1177/0890334419848734>

Bang, R. A., Bang, A. T., Reddy, M. H., Deshmukh, M. D., Baitule, S. B., & Filippi, V. (2004). Maternal morbidity during labour and the puerperium in rural homes and the need for medical attention: A prospective observational study in Gadchiroli, India. *BJOG: An International Journal of*

Obstetrics & Gynaecology, 111(3), 231–238. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2004.00063.x>

- Beck, A. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders* (Meridian (Ed.)).
- Beck, C. T. (2004). Post-traumatic stress disorder due to childbirth: the aftermath. *Nursing Research*, 53(4), 216–224.
<https://doi.org/10.1097/00006199-200407000-00004>
- Beck, C. T., & Casavant, S. (2019). Synthesis of Mixed Research on Posttraumatic Stress Related to Traumatic Birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOGNN*, 48(4), 385–397.
<https://doi.org/10.1016/j.jogn.2019.02.004>
- Benzakour, L., Epiney, M., & Girard, E. (2019). [State of knowledge of post-natal post-traumatic stress disorder]. *Revue medicale suisse*, 15(637), 347–350.
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12), 727–735. <https://doi.org/10.1097/00005053-198612000-00004>
- Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(12), CD003388.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub4>
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1995). The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8(1), 75–90.
<https://doi.org/10.1007/BF02105408>
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *The American Psychologist*, 59(1), 20–28.

<https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>

Boudou, M., Séjourné, N., & Chabrol, H. (2007). Douleur de l'accouchement, dissociation et détresse périnatales comme variables prédictives de symptômes de stress post-traumatique en post-partum. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 35(11), 1136–1142.

<https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2007.09.014>

Breslau, N., & Kessler, R. C. (2001). The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: an empirical investigation. *Biological Psychiatry*, 50(9), 699–704. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(01\)01167-2](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(01)01167-2)

Briere, J., Weathers, F., & Runtz, M. (2005). Briere J, Weathers FW, Runtz M. Is dissociation a multidimensional construct? Data from the multiscale dissociation inventory. *J Trauma Stress* 18: 221-231. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 221–231. <https://doi.org/10.1002/jts.20024>

Brown, L. S. (1996). Pearlman, Laurie A., & Saakvitne, Karen W. (1995). Trauma and the Therapist: Countertransference and Vicarious Traumatization in Psychotherapy with Incest Survivors. New York: W.W. Norton, xix, pp.451, \$40.00. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 38(4), 298–299.

<https://doi.org/10.1080/00029157.1996.10403354>

Bydlowski, M., & Raoul-Duval, A. (1978). Un avatar psychique méconnu de la puéralité: La névrose traumatique post-obstétricale. *Perspectives Psychiatriques*, 4, 321–328.

Calhoun, K. S., & Resick, P. A. (1993). Post-traumatic stress disorder. In *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*, 2nd ed. (pp. 48–98). The Guilford Press.

Çalik, K. Y., Karabulutlu, Ö., & Yavuz, C. (2018). First do no harm -

Interventions during labor and maternal satisfaction: A descriptive cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 1–10.

<https://doi.org/10.1186/s12884-018-2054-0>

Callahan, J. L., Borja, S. E., & Hynan, M. T. (2006). Modification of the Perinatal PTSD Questionnaire to enhance clinical utility. *Journal of Perinatology*, 26(9), 533–539. <https://doi.org/10.1038/sj.jp.7211562>

Callahan, Jennifer L, & Hynan, M. T. (2002). Identifying mothers at risk for postnatal emotional distress: further evidence for the validity of the perinatal posttraumatic stress disorder questionnaire. *Journal of Perinatology: Official Journal of the California Perinatal Association*, 22(6), 448–454. <https://doi.org/10.1038/sj.jp.7210783>

Çapik, A., Durmaz, H., Capik, A., Durmaz, H., Çapik, A., & Durmaz, H. (2018). Fear of Childbirth, Postpartum Depression, and Birth-Related Variables as Predictors of Posttraumatic Stress Disorder After Childbirth. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(6), 455–463. <https://doi.org/10.1111/wvn.12326>

Carlier, I. V, Lamberts, R. D., Van Uchelen, A. J., & Gersons, B. P. (1998). Clinical utility of a brief diagnostic test for posttraumatic stress disorder. *Psychosomatic Medicine*, 60(1), 42–47. <https://doi.org/10.1097/00006842-199801000-00010>

Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 40. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272002000600003>

Cohen, M., Dennett, D., & Kanwisher, N. (2016). What is the Bandwidth of Perceptual Experience? *Trends in Cognitive Sciences*, 20, 324–335. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2016.03.006>

Cohen, M. M., Ansara, D., Schei, B., Stuckless, N., & Stewart, D. E. (2004).

Posttraumatic stress disorder after pregnancy, labor, and delivery. *Journal of Women's Health* (2002), 13(3), 315–324.

<https://doi.org/10.1089/154099904323016473>

Cook, N., Ayers, S., & Horsch, A. (2018). Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review.

Journal of Affective Disorders, 225, 18–31.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.045>

Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*,

64(5), 577–584. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.577>

Creedy, D. K., Shochet, I. M., & Horsfall, J. (2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 27(2), 104–111.

<https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2000.00104.x>

Crespo, M., Gomez, M. del M., & Soberón, C. (2012). Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP-5). TEA.

Crocq, M. A., & Crocq, L. (2000). From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 47–55.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22033462>

Czarnocka, J., & Slade, P. (2000). Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *The British Journal of Clinical Psychology*, 39 (Pt 1), 35–51.

Darves-Bornoz, J.-M., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Haro, J.-M., Kovess-Masfety, V., Lepine, J.-P., Nachbaur, G., Negre-Pages, L., Vilagut,

- G., & Gasquet, I. (2008). Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *Journal of Traumatic Stress, 21*(5), 455–462. <https://doi.org/10.1002/jts.20357>
- Davidson, J. R., Book, S. W., Colket, J. T., Tupler, L. A., Roth, S., David, D., Hertzberg, M., Mellman, T., Beckham, J. C., Smith, R. D., Davison, R. M., Katz, R., & Feldman, M. E. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine, 27*(1), 153–160. <https://doi.org/10.1017/s0033291796004229>
- De Schepper, S., Vercauteren, T., Tersago, J., Jacquemyn, Y., Raes, F., & Franck, E. (2016). Post-Traumatic Stress Disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour and birth: A cohort study. *Midwifery, 32*, 87–92. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.08.010>
- Dębiec, J., Bush, D. E. A., & LeDoux, J. E. (2011). Noradrenergic enhancement of reconsolidation in the amygdala impairs extinction of conditioned fear in rats—a possible mechanism for the persistence of traumatic memories in PTSD. *Depression and Anxiety, 28*(3), 186–193. <https://doi.org/10.1002/da.20803>
- Dekel, S., Stuebe, C., & Dishy, G. (2017). Childbirth Induced Posttraumatic Stress Syndrome: A Systematic Review of Prevalence and Risk Factors. *Frontiers in Psychology, 8*, 560. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00560>
- Dekel, S., Thiel, F., Dishy, G., & Ashenfarb, A. L. (2019). Is childbirth-induced PTSD associated with low maternal attachment? *Archives of Women's Mental Health, 22*(1), 119–122. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0853-y>
- Delahanty, D. L., Gabert-quillen, C., Ostrowski, S. A., Nugent, N. R., Fischer, B., Morris, A., Pitman, R. K., Bon, J., & Jr, W. F. (2018). *HHS Public Access. 18*(2), 103–111. <https://doi.org/10.1017/S1092852913000096>.The

- Dell'Osso, L., Carmassi, C., Rucci, P., Conversano, C., Shear, M. K., Calugi, S., Maser, J. D., Endicott, J., Fagiolini, A., & Cassano, G. B. (2009). A multidimensional spectrum approach to post-traumatic stress disorder: comparison between the Structured Clinical Interview for Trauma and Loss Spectrum (SCI-TALS) and the Self-Report instrument (TALS-SR). *Comprehensive Psychiatry*, 50(5), 485–490.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.11.006>
- DeMier, R. L., Hynan, M. T., Harris, H. B., & Manniello, R. L. (1996). Perinatal stressors as predictors of symptoms of posttraumatic stress in mothers of infants at high risk. *Journal of Perinatology : Official Journal of the California Perinatal Association*, 16(4), 276–280.
- Dikmen-Yildiz, P., Ayers, S., & Phillips, L. (2017a). Screening for birth-related PTSD: Psychometric properties of the Turkish version of the posttraumatic diagnostic scale in postpartum women in Turkey. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1306414>
- Dikmen-Yildiz, P., Ayers, S., & Phillips, L. (2017b). Factors associated with post-traumatic stress symptoms (PTSS) 4-6 weeks and 6 months after birth: A longitudinal population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 221, 238–245. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.049>
- Dikmen-Yildiz, P., Ayers, S., & Phillips, L. (2018). Longitudinal trajectories of post-traumatic stress disorder (PTSD) after birth and associated risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 229, 377–385.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.074>
- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O. T., Bonet, M., & Gülmezoglu, A. M. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PloS One*, 13(4), e0194906.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>

- Echeburúa Odriozola, E., Corral Gargallo, P. de, & Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de inadaptación (EI) : propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta. Valencia, 2000, v.26, n.107 ; p. 325-340.* <http://hdl.handle.net/11162/22659>
- Ehring, T., Welboren, R., Morina, N., Wicherts, J. M., Freitag, J., & Emmelkamp, P. M. G. (2014). Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. *Clinical Psychology Review, 34(8), 645–657.*
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.10.004>
- El-Den, S., O'Reilly, C. L., & Chen, T. F. (2015). A systematic review on the acceptability of perinatal depression screening. In *Journal of Affective Disorders* (Vol. 188, pp. 284–303). Elsevier.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.015>
- Elia, J. (2019). Trastornos por estrés agudo y postraumático (TEA y TEPT) en niños y adolescentes. *Sidney Kimmel Medical College of Thomas Jefferson University, MSD Manuals.*
<https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatría/trastornos-mentales-en-niños-y-adolescentes/trastornos-por-estrés-agudo-y-postraumático-tea-y-tept-en-niños-y-adolescentes>
- Elklit, A., Hartvig, T., & Christiansen, M. (2008). [Stress disorder in parents of premature neonates--secondary publication]. *Ugeskrift for Laeger, 170(45), 3643–3645.*
- Fairbrother, N., & Woody, S. R. (2007). Fear of childbirth and obstetrical events as predictors of postnatal symptoms of depression and post-traumatic stress disorder. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 28(4), 239–*

242. <https://doi.org/10.1080/01674820701495065>

- Ferguson, R. (2018). Recognizing postpartum posttraumatic stress disorder. *Nursing2020*, 48(4).
https://journals.lww.com/nursing/Fulltext/2018/04000/Recognizing_postpartum_posttraumatic_stress.5.aspx
- Fisher, J., Astbury, J., & Smith, A. (1997). Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: a prospective longitudinal study. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31(5), 728–738.
<https://doi.org/10.3109/00048679709062687>
- Flores-Ramos, M. (2013). La salud mental en la mujer embarazada. *Perinatología y Reproducción Humana*, 27(3), 143–144.
- Foa, E B, Dancu, C. V, Hembree, E. A., Jaycox, L. H., Meadows, E. A., & Street, G. P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(2), 194–200.
<https://doi.org/10.1037//0022-006x.67.2.194>
- Foa, Edna B, Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. In *Psychological Assessment* (Vol. 9, Issue 4, pp. 445–451). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.9.4.445>
- Ford, E., & Ayers, S. (2011). Support during birth interacts with prior trauma and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms. *Psychology & Health*, 26(12), 1553–1570.
<https://doi.org/10.1080/08870446.2010.533770>

- França, U. L., & McManus, M. L. (2018). Frequency, trends, and antecedents of severe maternal depression after three million U.S. births. *PloS One*, *13*(2), e0192854. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192854>
- Garthus-niegel, S., Horsch, A., Handtke, E., Soest, T. Von, Brand, S., von Soest, T., Ayers, S., Weidner, K., & Eberhard-Gran, M. (2018). The Impact of Postpartum Posttraumatic Stress and Depression Symptoms on Couples' Relationship Satisfaction: A Population-Based Prospective Study. *Frontiers in Psychology*, *9*(September), 1728. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01728>
- Garthus-Niegel, S, Ayers, S., Martini, J., von Soest, T., & Eberhard-Gran, M. (2017). The impact of postpartum post-traumatic stress disorder symptoms on child development: a population-based, 2-year follow-up study. *Psychological Medicine*, *47*(1), 161–170. <https://doi.org/10.1017/S003329171600235X>
- Garthus-Niegel, Susan, Horsch, A., Ayers, S., Junge-Hoffmeister, J., Weidner, K., & Eberhard-Gran, M. (2018). The influence of postpartum PTSD on breastfeeding: A longitudinal population-based study. *Birth (Berkeley, Calif.)*, *45*(2), 193–201. <https://doi.org/10.1111/birt.12328>
- Garthus-Niegel, Susan, Horsch, A., Bickle Graz, M., Martini, J., von Soest, T., Weidner, K., & Eberhard-Gran, M. (2018). The prospective relationship between postpartum PTSD and child sleep: A 2-year follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, *241*, 71–79. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.067>
- George, D., & Mallery, P. (2011). *SPSS for Windows Step by Step: a Simple Guide and Reference 18.0 Update* (11th ed.). Allyn & Bacon/Pearson.
- Gillock, K. L., Zayfert, C., Hegel, M. T., & Ferguson, R. J. (2005). Posttraumatic

stress disorder in primary care: prevalence and relationships with physical symptoms and medical utilization. *General Hospital Psychiatry*, 27(6), 392–399. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2005.06.004>

Goldberg, L. R. (1999). The Curious Experiences Survey, a revised version of the Dissociative Experiences Scale: Factor structure, reliability, and relations to demographic and personality variables. In *Psychological Assessment* (Vol. 11, Issue 2, pp. 134–145). American Psychological Association.

<https://doi.org/10.1037/1040-3590.11.2.134>

Grekin, R., & O'Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(5), 389–401. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2014.05.003>

Grisham, J. R., Brown, T. A., & Campbell, L. A. (2004). The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV). In *Comprehensive handbook of psychological assessment, Vol. 2: Personality assessment*. (pp. 163–177). John Wiley & Sons Inc.

Haagen, J. F. G., Moerbeek, M., Olde, E., Van Der Hart, O., & Kleber, R. J. (2015). PTSD after childbirth: A predictive ethological model for symptom development. *Journal of Affective Disorders*, 185, 135–143.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.049>

Halle, T. K., Salvesen, K. Å., & Volløyhaug, I. (2016). Obstetric anal sphincter injury and incontinence 15-23 years after vaginal delivery. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 95(8), 941–947.

<https://doi.org/10.1111/aogs.12898>

Halperin, O., Sarid, O., & Cwikel, J. (2015). The influence of childbirth experiences on women's postpartum traumatic stress symptoms: A comparison between Israeli Jewish and Arab women. *Midwifery*, 31(6), 625–

632. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.02.011>

Hammarberg, M. (1992). Penn Inventory for Posttraumatic Stress Disorder: Psychometric properties. In *Psychological Assessment* (Vol. 4, Issue 1, pp. 67–76). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.4.1.67>

Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., & Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126(12), 445–451. <https://doi.org/https://doi.org/10.1157/13086324>

Health, N. I. of M. (2020). Trastorno por estrés postraumático. *FactSheet*.

Hernandez-Martinez, A., Rodriguez-Almagro, J., Molina-Alarcon, M., Infante-Torres, N., Donate Manzanares, M., Martinez-Galiano, J. M., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Molina-Alarcón, M., Infante-Torres, N., Donate Manzanares, M., Martínez-Galiano, J. M., Hernandez-Martinez, A., Rodriguez-Almagro, J., Molina-Alarcon, M., Infante-Torres, N., Donate Manzanares, M., Martinez-Galiano, J. M., Hernández-Martínez, A., ... Martínez-Galiano, J. M. (2019). Postpartum post-traumatic stress disorder: Associated perinatal factors and quality of life. *Journal of Affective Disorders*, 249(November 2018), 143–150. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.01.042>

Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Molina-Alarcón, M., Infante-Torres, N., Rubio-Álvarez, A., & Martínez-Galiano, J. M. (2020). Perinatal factors related to post-traumatic stress disorder symptoms 1-5 years following birth. *Women and Birth : Journal of the Australian College of Midwives*, 33(2), e129–e135. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.03.008>

Hernandez-Martinez, A., Rodriguez-Almagro, J., Molina-Alarcon, M., Infante-

- Torres, N., Rubio-Alvarez, A., Martínez-Galiano, J. M., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Molina-Alarcón, M., Infante-Torres, N., Rubio-Álvarez, A., & Martínez-Galiano, J. M. (2020). Perinatal factors related to post-traumatic stress disorder symptoms 1-5 years following birth. *Women and Birth : Journal of the Australian College of Midwives*, 33(2), e129–e135. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.03.008>
- Heumen, M. A. Van, Hollander, M. H., Pampus, M. G. Van, Dillen, J. Van, van Heumen, M. A., Hollander, M. H., van Pampus, M. G., van Dillen, J., & Stramrood, C. A. I. (2018). Psychosocial Predictors of Postpartum Posttraumatic Stress Disorder in Women With a Traumatic Childbirth Experience. *Frontiers in Psychiatry*, 9(July), 348. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00348>
- Hofberg, K, & Brockington, I. (2000). Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 176, 83–85. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.1.83>
- Hofberg, Kristina, & Ward, M. R. (2003). Fear of pregnancy and childbirth. *Postgraduate Medical Journal*, 79(935), 505–510, quiz 508–510. <https://doi.org/10.1136/pmj.79.935.505>
- Hojat, & Mohammadreza. (2007). *Empathy in Patient Care* (Antecedent).
- Hollon, S. D., & Garber, J. (1990). Cognitive therapy for depression: A social cognitive perspective. In *Personality and Social Psychology Bulletin* (Vol. 16, Issue 1, pp. 58–73). Sage Publications. <https://doi.org/10.1177/0146167290161005>
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209–218. <https://doi.org/10.1097/00006842-197905000-00004>

- Hoskins, M., Pearce, J., Bethell, A., Dankova, L., Barbui, C., Tol, W. A., van Ommeren, M., de Jong, J., Seedat, S., Chen, H., & Bisson, J. I. (2015). Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 206(2), 93–100. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.148551>
- Hosmer, D.W., Jr., Lemeshow, S. and Sturdivant, R. X. (2013). *Model-Building Strategies and Methods for Logistic Regression* (pp. 89–151). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118548387.ch4>
- Huddleston, L. M., Paton, D., & Stephens, C. (2006). Conceptualizing Traumatic Stress in Police Officers: Preemployment, Critical Incident, and Organizational Influences. *Traumatology*, 12(3), 170–177. <https://doi.org/10.1177/1534765606294911>
- Ibone Olza. (2003). El síndrome de estrés postraumático como secuela obstétrica. *Ministerio de Sanidad*.
- Imširagić, A. S., Begić, D., Sarajlić, I., Palavra, I. R., & Orban, M. (2016). Predictors of Exclusive Breastfeeding 6-9 Weeks After Delivery: a Prospective Cohort Study. Public Mental Health Perspective. *Psychiatria Danubina*, 28(4), 395–403.
- Instituto Cervantes. (2020). *La lengua española en el mundo, en datos y gráficos*.
- Ipser, J., & Stein, D. (2011). Ipser JC, Stein DJ. Evidence-based pharmacotherapy of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Int J Neuropsychopharmacol* 15: 825-840. *The International Journal of Neuropsychopharmacology / Official Scientific Journal of the Collegium Internationale Neuropsychopharmacologicum (CINP)*, 15, 825–840. <https://doi.org/10.1017/S1461145711001209>
- Isfort, M. (2017). [Evaluation of care conditions in intensive care units : Results of an online questionnaire of critical care nurses]. *Medizinische Klinik*,

Intensivmedizin und Notfallmedizin, 112(6), 543–549.

<https://doi.org/10.1007/s00063-017-0292-y>

Jacobs, J. R., & Bovasso, G. B. (1992). Toward the clarification of the construct of depersonalization and its association with affective and cognitive dysfunctions. In *Journal of Personality Assessment* (Vol. 59, Issue 2, pp. 352–365). Lawrence Erlbaum. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5902_11

Keane, T. M., Caddell, J. M., & Taylor, K. L. (1988). Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(1), 85–90. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.1.85>

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048–1060. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>

Khoramroudi, R. (2018). The prevalence of posttraumatic stress disorder during pregnancy and postpartum period. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7(1), 220–223. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_272_17

King, A. P., Erickson, T. M., Giardino, N. D., Favorite, T., Rauch, S. A. M., Robinson, E., Kulkarni, M., & Liberzon, I. (2013). A pilot study of group mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for combat veterans with posttraumatic stress disorder (PTSD). *Depression and Anxiety*, 30(7), 638–645. <https://doi.org/10.1002/da.22104>

Kubany, E S, Leisen, M. B., Kaplan, A. S., & Kelly, M. P. (2000). Validation of a brief measure of posttraumatic stress disorder: the Distressing Event Questionnaire (DEQ). *Psychological Assessment*, 12(2), 197–209. <https://doi.org/10.1037//1040-3590.12.2.197>

- Kubany, Edward S, Haynes, S. N., Abueg, F. R., Manke, F. P., Brennan, J. M., & Stahura, C. (1996). Development and validation of the Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI). In *Psychological Assessment* (Vol. 8, Issue 4, pp. 428–444). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.8.4.428>
- Kuehni, R. G. (1992). *Consciousness Explained*, by Daniel C. Dennett, Little, Brown, Boston, MA, 1991, xiii + 511 pp., hardbound, \$27.95. *Color Research & Application*, 17(4), 295–297.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1002/col.5080170412>
- Lake, E. P., Mitchell, B. G., Shorter, D. I., Kosten, T., Domingo, C. B., & Walder, A. M. (2019). Buprenorphine for the treatment of posttraumatic stress disorder. *The American Journal on Addictions*, 28(2), 86–91.
<https://doi.org/10.1111/ajad.12860>
- Lauterbach, D., Vrana, S., King, D. W., & King, L. A. (1997). Psychometric properties of the Civilian Version of the Mississippi PTSD scale. In *Journal of Traumatic Stress* (Vol. 10, Issue 3, pp. 499–513). John Wiley & Sons.
<https://doi.org/10.1023/A:1024801607043>
- Lev-Wiesel, R., Daphna-Tekoah, S., & Hallak, M. (2009). Childhood sexual abuse as a predictor of birth-related posttraumatic stress and postpartum posttraumatic stress. *Child Abuse and Neglect*, 33(12), 877–887.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.05.004>
- Levin, D., Momen, N., Drivdahl, S., & Simons, D. (1995). Change Blindness Blindness: The Metacognitive Error of Overestimating Change-detection Ability. *Visual Cognition - VIS COGN*, 7.
<https://doi.org/10.1080/135062800394865>
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. In *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*

(Vol. 22, pp. 141–173). S Karger AG. <https://doi.org/10.1159/000414022>

Liguori, N., & Lorenzo, P. F. (2016). *Parto traumático y trastorno de estrés postraumático posparto: no siempre es depresión posparto*. Instituto Europeo de Salud Perinatal. <https://saludmentalperinatal.es/2016/09/30/parto-traumatico-trastorno-de-estres-postraumatico-posparto-no-siempre-es-depresion-posparto/>

Lopez, U., Meyer, M., Loures, V., Iselin-Chaves, I., Epiney, M., Kern, C., & Haller, G. (2017). Post-traumatic stress disorder in parturients delivering by caesarean section and the implication of anaesthesia: a prospective cohort study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 118. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0692-y>

Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed, G. M., van Ommeren, M., Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C., Somasundaram, D. J., Souza, R., Suzuki, Y., Weissbecker, I., Wessely, S. C., First, M. B., & Saxena, S. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet (London, England)*, 381(9878), 1683–1685. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62191-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62191-6)

Mahmoodi, Z., Dolatian, M., Shaban, Z., Shams, J., Alavi-Majd, H., & Mirabzadeh, A. (2016). Correlation between Kind of Delivery and Posttraumatic Stress Disorder. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 6(6), 356–361. https://doi.org/10.4103/amhsr.amhsr_397_15

Marshall, G. N., Orlando, M., Jaycox, L. H., Foy, D. W., & Belzberg, H. (2002). Development and validation of a modified version of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. In *Psychological Assessment* (Vol. 14, Issue 2, pp. 123–134). American Psychological Association.

<https://doi.org/10.1037/1040-3590.14.2.123>

- Martínez-Galiano, J. M., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Delgado-Rodríguez, M., & Gómez-Salgado, J. (2019). Relationship between parity and the problems that appear in the postpartum period. *Scientific Reports*, 9(1), 11763. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-47881-3>
- McFarlane, A. C., Atchison, M., Rafalowicz, E., & Papay, P. (1994). Physical symptoms in post-traumatic stress disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(7), 715–726. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90024-8](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90024-8)
- McKinney, J., Keyser, L., Clinton, S., & Pagliano, C. (2018). ACOG Committee Opinion No. 736: Optimizing Postpartum Care. *Obstetrics and Gynecology*, 132(3), 784–785. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002849>
- McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Hill, E. D., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(8), 815-830.e14. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.011>
- McLean, S., Wade, T. D., & Encel, J. S. (2003). The Contribution of Therapist Beliefs to Psychological Distress in Therapists: An Investigation of Vicarious Traumatization, Burnout and Symptoms of Avoidance and Intrusion. In *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* (Vol. 31, Issue 4, pp. 417–428). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/S135246580300403X>
- Meister, M. R., Rosenbloom, J. I., Lowder, J. L., & Cahill, A. G. (2018). Techniques for Repair of Obstetric Anal Sphincter Injuries. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 73(1), 33–39. <https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000000521>

- Mickey, R. M., & Greenland, S. (1989). The impact of confounder selection criteria on effect estimation. *American Journal of Epidemiology*, *129*(1), 125–137. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a115101>
- Milosavljevic, M., Lecic Tosevski, D., Soldatovic, I., Vukovic, O., Miljevic, C., Peljto, A., Kostic, M., & Olf, M. (2016). Posttraumatic Stress Disorder after Vaginal Delivery at Primiparous Women. *Scientific Reports*, *6*, 27554. <https://doi.org/10.1038/srep27554>
- Ministerio de Sanidad, S. S. e I. (2015). *Informe Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud*. 103. https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf
- Moreno Fernandez, A. M. (2019). Pharmacological treatment of Post Traumatic Stress Disorder: Present and Future. *Facultad de Medicina Universidad de Cantabria*.
- Muzik, M., McGinnis, E. W., Bocknek, E., Morelen, D., Rosenblum, K. L., Liberzon, I., Seng, J., & Abelson, J. L. (2016). PTSD Symptoms across pregnancy and early postpartum among women with lifetime PTSD Diagnosis. *Depression and Anxiety*, *33*(7), 584–591. <https://doi.org/10.1002/da.22465>
- Nerum, H., Halvorsen, L., Sørli, T., & Oian, P. (2006). Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth (Berkeley, Calif.)*, *33*(3), 221–228. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00107.x>
- Neumeister, A., Normandin, M. D., Pietrzak, R. H., Piomelli, D., Zheng, M. Q., Gujarro-Anton, A., Potenza, M. N., Bailey, C. R., Lin, S. F., Najafzadeh, S., Ropchan, J., Henry, S., Corsi-Travali, S., Carson, R. E., & Huang, Y. (2013).

- Elevated brain cannabinoid CB1 receptor availability in post-traumatic stress disorder: a positron emission tomography study. *Molecular Psychiatry*, 18(9), 1034–1040. <https://doi.org/10.1038/mp.2013.61>
- NICE. (2018). *Post-traumatic stress disorder. NICE guideline [NG116]*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- None, T. L. (2016). Screening for perinatal depression: A missed opportunity. In *The Lancet* (Vol. 387, Issue 10018, p. 505). Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00265-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00265-8)
- Norris, F. H., & Perilla, J. L. (1996). The revised Civilian Mississippi Scale for PTSD: reliability, validity, and cross-language stability. *Journal of Traumatic Stress*, 9(2), 285–298. <https://doi.org/10.1007/BF02110661>
- O'Connor, T. G., Heron, J., Golding, J., & Glover, V. (2003). Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 44(7), 1025–1036. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00187>
- O'Donovan, A., Alcorn, K. L., Patrick, J. C., Creedy, D. K., Dawe, S., & Devilly, G. J. (2014). Predicting posttraumatic stress disorder after childbirth. *Midwifery*, 30(8), 935–941. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.03.011>
- Olde, E., van der Hart, O., Kleber, R., & van Son, M. (2006). Posttraumatic stress following childbirth: a review. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 1–16. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.002>
- Olza Fernández, I. (2013). PTSD and obstetric violence. *Midwifery Today with International Midwife*, 105, 48-49,68.
- Organización Mundial de la Salud, O. (2011). Revisión de la Clasificación de los trastornos mentales de la OMS para la atención primaria. (11 th Revisión).

CIE-11-AP.

- Pacella, M. L., Hruska, B., & Delahanty, D. L. (2013). The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms: A meta-analytic review. *Journal of Anxiety Disorders, 27*(1), 33–46.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.08.004>
- Park, Y. K., Ju, H. O., & Na, H. (2016). Reliability and validity of the Korean version of the perinatal post-traumatic stress disorder questionnaire. *Journal of Korean Academy of Nursing, 46*(1), 29–38.
<https://doi.org/10.4040/jkan.2016.46.1.29>
- Peduzzi, P., Concato, J., Kemper, E., Holford, T. R., Feinstein, A. R., & Feinstein, A. R. (1996). A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *Journal of Clinical Epidemiology, 49*(12), 1373–1379. [https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(96\)00236-3](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(96)00236-3)
- Peeler, S., Stedmon, J., Chung, M. C., & Skirton, H. (2018). Women's experiences of living with postnatal PTSD. *Midwifery, 56*, 70–78.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.09.019>
- Pierrehumbert, B., Borghini, A., Forcada-Guex, M., Jaunin, L., Müller-Nix, C., & Ansermet, F. (2004). Validation française d'un questionnaire de stress post-traumatique destiné aux parents d'enfants présentant un risque périnatal élevé. *Annales Medico-Psychologiques, 162*(9), 711–721.
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2003.10.017>
- Pittenger, C., & Duman, R. S. (2008). Stress, depression, and neuroplasticity: a convergence of mechanisms. *Neuropsychopharmacology : Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology, 33*(1), 88–109.
<https://doi.org/10.1038/sj.npp.1301574>

- Polachek, I. S., Harari, L. H., Baum, M., & Strous, R. D. (2012). Postpartum post-traumatic stress disorder symptoms: the uninvited birth companion. *Israel Medical Association Journal*, 14(6), 347-353.
- Pruhal, A., Huguet, D., Garbin, O., & Rabé, G. (1998). Severe obstetric morbidity of the third trimester, delivery and early puerperium in Niamey (Niger). *African Journal of Reproductive Health*, 2(1), 10-19.
<http://europepmc.org/abstract/MED/10214424>
- Quinnell, F. A., & Hynae, M. T. (1999). Convergent and discriminant validity of the perinatal PTSD questionnaire (PPQ): A preliminary study. *Journal of Traumatic Stress*, 12(1), 193-199. <https://doi.org/10.1023/A:1024714903950>
- Reyes, A. C. D., Oliveros, Y. C., & Imas, Y. A. (2012). Trastorno por estrés agudo: Presentación de un caso Acute stress disorder: Case report. *Cuadernos de Medicina Forense*, 18(1), 27-31.
- Riley, K. C. (1988). Measurement of dissociation. In *Journal of Nervous and Mental Disease* (Vol. 176, Issue 7, pp. 449-450). Lippincott Williams & Wilkins.
<https://doi.org/10.1097/00005053-198807000-00008>
- Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., & Bisson, J. I. (2010). Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD007944.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD007944.pub2>
- Roque, A. T. F., & Carraro, T. E. (2015). [Perceptions about the hospital environment from the perspective of high-risk puerperal women based on Florence Nightingale's theory]. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 36(4), 63-69.
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.51057>
- Ross, N. (1948). War Stress and Neurotic illness. By Abram Kardiner, M.D. with the Collaboration of Herbert Spiegel, M.D. Second Edition of The

Traumatic Neuroses of War. New York: Paul B. Hoeber, Inc., 1947. 428 pp.

The Psychoanalytic Quarterly, 17(1), 102-124.

<https://doi.org/10.1080/21674086.1948.11925710>

S Hairston, I., E Handelzalts, J., Assis, C., & Kovo, M. (2018). Postpartum bonding difficulties and adult attachment styles: The mediating role of postpartum depression and childbirth related PTSD. *Infant Mental Health Journal*, 39(2), 198-208. <https://doi.org/10.1002/imhj.21695>

Sarasua, B., Zubizarreta, I., de Corral, P., & Echeburúa, E. (2013). Tratamiento psicológico de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia: Resultados a largo plazo. *Anales de Psicología*, 29(1), 29-37.

<https://doi.org/10.6018/analesps.29.1.145281>

Sartore, A., De Seta, F., Maso, G., Ricci, G., Alberico, S., Borelli, M., & Guaschino, S. (2012). The effects of uterine fundal pressure (Kristeller maneuver) on pelvic floor function after vaginal delivery. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 286(5), 1135-1139.

<https://doi.org/10.1007/s00404-012-2444-x>

Savitz, D. A., Stein, C. R., Ye, F., Kellerman, L., & Silverman, M. (2011). The epidemiology of hospitalized postpartum depression in New York State, 1995-2004. *Annals of Epidemiology*, 21(6), 399-406.

<https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2011.03.003>

Schauben, L. J., & Frazier, P. A. (1995). Vicarious trauma: The effects on female counselors of working with sexual violence survivors. In *Psychology of Women Quarterly* (Vol. 19, Issue 1, pp. 49-64). Blackwell Publishing.

<https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1995.tb00278.x>

Sentilhes, L., Maillard, F., Brun, S., Madar, H., Merlot, B., Goffinet, F., & Deneux-Tharoux, C. (2017). Risk factors for chronic post-traumatic stress

disorder development one year after vaginal delivery: a prospective, observational study. *Scientific Reports*, 7(1), 8724.

<https://doi.org/10.1038/s41598-017-09314-x>

Sheehan, D. V, Harnett-Sheehan, K., & Raj, B. A. (1996). The measurement of disability. *International Clinical Psychopharmacology*, 11 Suppl 3, 89–95.

<https://doi.org/10.1097/00004850-199606003-00015>

Shlomi Polachek, I., Dulitzky, M., Margolis-Dorfman, L., & Simchen, M. J. (2016a). A simple model for prediction postpartum PTSD in high-risk pregnancies. *Archives of Women's Mental Health*, 19(3), 483–490.

<https://doi.org/10.1007/s00737-015-0582-4>

Shlomi Polachek, I., Dulitzky, M., Margolis-Dorfman, L., & Simchen, M. J. (2016b). A simple model for prediction postpartum PTSD in high-risk pregnancies. *Archives of Women's Mental Health*, 19(3), 483–490.

<https://doi.org/10.1007/s00737-015-0582-4>

Sijbrandij, M., Kleiboer, A., Bisson, J. I., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2015).

Pharmacological prevention of post-traumatic stress disorder and acute stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Psychiatry*, 2(5), 413–421.

[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00121-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00121-7)

Silveira, M. F., Mesenburg, M. A., Bertoldi, A. D., De Mola, C. L., Bassani, D. G., Domingues, M. R., Stein, A., & Coll, C. V. N. N. (2019). The association between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression: Findings from the 2015 Pelotas birth cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 256, 441–447.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.016>

Simeon, D., Guralnik, O., & Schmeidler, J. (2001). Development of a depersonalization severity scale. In *Journal of Traumatic Stress* (Vol. 14, Issue

2, pp. 341–349). John Wiley & Sons.
<https://doi.org/10.1023/A:1011169019614>

Sjomark, J., Parling, T., Jonsson, M., Larsson, M., Skoog Svanberg, A., Sjömark, J., Parling, T., Jonsson, M., Larsson, M., & Skoog Svanberg, A. (2018). A longitudinal, multi-centre, superiority, randomized controlled trial of internet-based cognitive behavioural therapy (iCBT) versus treatment-as-usual (TAU) for negative experiences and posttraumatic stress following childbirth: the JUNO study protocol. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *18*(1), 387. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1988-6>

Söderquist, J., Wijma, K., & Wijma, B. (2002). Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, *23*(1), 31–39. <https://doi.org/10.3109/01674820209093413>

Soet, J. E., Brack, G. A., & DiIorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth (Berkeley, Calif.)*, *30*(1), 36–46. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2003.00215.x>

Srkalović Imširagić, A., Begić, D., Šimičević, L., & Bajić, Ž. (2017). Prediction of posttraumatic stress disorder symptomatology after childbirth - A Croatian longitudinal study. *Women and Birth : Journal of the Australian College of Midwives*, *30*(1), e17–e23. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.06.007>

Statistics Canada, N. statistical office. (2019). Maternal Mental Health in Canada, 2018/2019. *Maternal Mental Health in Canada Yearly Report*.

Streiner, D., Norman, G., & Cairney, J. (2015). *Health Measurement Scales: A Practical Development and Use* (5th ed.). Oxford University Press.

Swets, J. A. (1986). Form of empirical ROCs in discrimination and diagnostic

- tasks: implications for theory and measurement of performance. *Psychol Bull*, 99(2), 181–198.
- Swets, J. A. (1988). Measuring the accuracy of diagnostic systems. *Science* *Science*, 240(4857), 1285–1293. <https://doi.org/10.1126/science.3287615>
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Pearson Education Limited.
- Thiel, F., Ein-Dor, T., Dishy, G., King, A., & Dekel, S. (2018). Examining Symptom Clusters of Childbirth-Related Posttraumatic Stress Disorder. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 20(5). <https://doi.org/10.4088/PCC.18m02322>
- Thomas, E., & Stein, D. J. (2017). Novel pharmacological treatment strategies for posttraumatic stress disorder. *Expert Review of Clinical Pharmacology*, 10(2), 167–177. <https://doi.org/10.1080/17512433.2017.1260001>
- United Nations. (2019). *A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence*.
- van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A., & Herman, J. L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *The American Journal of Psychiatry*, 153(7 Suppl), 83–93.
- van Dinter-Douma, E. E., de Vries, N. E., Aarts-Greven, M., Stramrood, C. A. I., & van Pampus, M. G. (2018). Screening for trauma and anxiety recognition: knowledge, management and attitudes amongst gynecologists regarding women with fear of childbirth and postpartum posttraumatic stress disorder. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine : The Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia*

and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians, 1–281. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1560409>

- van Minnen, A., & Hagenaars, M. A. (2010). Avoidance behaviour of patients with posttraumatic stress disorder. Initial development of a questionnaire, psychometric properties and treatment sensitivity. In *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* (Vol. 41, Issue 3, pp. 191–198). Elsevier Science. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.01.002>
- Vignato, J., Georges, J. M., Bush, R. A., & Connelly, C. D. (2017). Post-traumatic stress disorder in the perinatal period: A concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 3859–3868. <https://doi.org/10.1111/jocn.13800>
- Vossbeck-Elsebusch, A. N., Freisfeld, C., & Ehring, T. (2014). Predictors of posttraumatic stress symptoms following childbirth. *BMC Psychiatry*, 14(1), 200. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-200>
- Walker, T. M., & Davidson, K. M. (2001). A preliminary investigation of psychological distress following surgical management of early pregnancy loss detected at initial ultrasound scanning: A trauma perspective. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 19(1), 7–16. <https://doi.org/10.1080/02646830020032365>
- Watson, C. G., Juba, M. P., Manifold, V., Kucala, T., & Anderson, P. E. (1991). The PTSD interview: rationale, description, reliability, and concurrent validity of a DSM-III-based technique. *Journal of Clinical Psychology*, 47(2), 179–188. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199103\)47:2<179::aid-jclp2270470202>3.0.co;2-p](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199103)47:2<179::aid-jclp2270470202>3.0.co;2-p)
- Weinreb, L., Wenz-Gross, M., & Upshur, C. (2018). Postpartum outcomes of a pilot prenatal care-based psychosocial intervention for PTSD during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 21(3), 299–312.

<https://doi.org/10.1007/s00737-017-0794-x>

Wijma, K., Söderquist, J., & Wijma, B. (1997). Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders, 11*(6), 587–597. [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(97\)00041-8](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(97)00041-8)

Williams, R. M., Davis, M. C., & Millsap, R. E. (2002). Development of the Cognitive Processing of Trauma Scale. In *Clinical Psychology & Psychotherapy* (Vol. 9, Issue 5, pp. 349–360). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/cpp.343>

Wilson, C. K., Padron, E., & Samuelson, K. W. (2017). Trauma Type and Posttraumatic Stress Disorder as Predictors of Parenting Stress in Trauma-Exposed Mothers. *Violence and Victims, 32*(1), 141–158. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-13-00077>

Wilson, G. A. (2014). Trauma, coping and the couple-relationship: An investigation of pregnant couples' biopsychosocial-spiritual health. *Major Department: Child Development & Family Relations*.

World Health Organization. (2014). *Global status report on violence prevention*.

Wright, J. M. O. D. G. M. M. (2009). PTSD and postpartum mental health in a sample of Caucasian, Asian, and Pacific Islander women. *Archives of Women's Mental Health, 12*(6), 393–400. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-009-0087-0>

Yildiz, P. D., Ayers, S., & Phillips, L. (2017). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 208*, 634–645. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.009>

Zaat, T. R., van Steijn, M. E., de Haan-Jebbink, J. M., Olf, M., Stramrood, C. A. I., & van Pampus, M. G. (2018). Posttraumatic stress disorder related to

postpartum haemorrhage: A systematic review. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 225, 214–220.
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.04.012>

Zhang, D., Zhang, J., Gan, Q., Wang, Q., Fan, N., Zhang, R., & Song, Y. (2018). Validating the Psychometric Characteristics of the Perinatal Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire (PPQ) in a Chinese Context. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(1), 57–61.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.09.016>

Zwart, J. J., Richters, J. M., Öry, F., De Vries, J. I. P., Bloemenkamp, K. W. M., & Van Roosmalen, J. (2008). Severe maternal morbidity during pregnancy, delivery and puerperium in the Netherlands: a nationwide population-based study of 371 000 pregnancies. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115(7), 842–850. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.01713.x>

A
N
E
X
O
S



Anexo 1. ESCALAS DE CRIBADO Y DETECCIÓN DE TEPT

ESCALAS DE CRIBADO Y DETECCIÓN DE TEPT	
Basadas en la Entrevista	<p><i>Escala para el TEPT Administrada por el Clínico (Clinician Administered PTSD Scale, CAPS)</i> (Blake et al., 1995) : Se puede ver cada síntoma, su frecuencia e intensidad. Pudiendo así calcularse 3 puntuaciones parciales de forma independiente: re-experimentación del trauma, evitación, activación y, además, una puntuación total (amplitud teórica: 0-136). Se ha propuesto un punto de corte de 65.</p> <p><i>Entrevista Clínica Estructurada para el Espectro de Trauma y Perdida (Structured Clinical Interview for Trauma and Loss Spectrum, SCITALS)</i> (Dell’Osso et al., 2009) : Explora la respuesta del síndrome desde 3 dimensiones diferentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. dimensión de los eventos potencialmente traumáticos b. dimensión de las reacciones peritraumáticas y agudas c. dimensión del espectro de los síntomas postraumáticos <p>Tiene 116 ítems agrupados en 9 dominios.</p> <p><i>Entrevista para el TEPT (PTSD Interview)</i> (Watson et al., 1991) : Entrevista estructurada, que está basada en el DSM-III con lo que ha perdido notoriedad dentro de la comunidad científica debido a su antigüedad.</p> <p><i>Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático</i> (Echeburúa Odriozola et al., 2000; Sarasua et al., 2013) : Es una entrevista semiestructurada de 17 preguntas correspondientes a los síntomas del TEPT según el DSM-IV-TR. Valora la gravedad de cada síntoma de 0-3, con lo que puede calcularse en base a 15 que sería el punto de corte.</p> <p><i>Escala de 8 ítems para los Resultados del Tratamiento del TEPT</i></p>

	<p><i>(Eight-Item Treatment Outcome in Post-traumatic Stress Disorder Scale, TOP-8)</i> (Walker & Davidson, 2001) : Consta de 8 ítems, que se puntúan de 0 a cuatro. Basado en el DSM-IV. Validada al español.</p> <p><i>Escala de Gravedad de la Despersonalización (Depersonalization Severity Scale, DSS)</i> (Simeon et al., 2001) : Tiene seis ítems o preguntas, valorando de 0 a 3 cada uno en función de la frecuencia e intensidad.</p> <p><i>Entrevista para los Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV-TR (ADIS-IV)</i>. (Grisham et al., 2004) : Es una entrevista de entre una o dos horas que evalúa los trastornos de ansiedad a un nivel no solamente diagnóstico (incluye valoraciones para hipocondría, somatización, etc; incluye escalas ya conocidas para ansiedad y depresión como las de Hamilton.</p> <p>Puntos a considerar durante estas entrevistas:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Muchos pacientes no informarán de forma directa de sus traumas (Calhoun & Resick, 1993) b. Si se produce la llamada de ayuda durante la primera semana hay que sugerir la búsqueda de apoyo social. c. Valorar el riesgo de suicidio, si procede.
<p>Basadas en Cuestionarios de tipo diagnóstico para el TEPT</p>	<p><i>Escala Diagnóstica Postraumática (Posttraumatic Diagnostic Scale, PDS)</i> (Edna B Foa et al., 1997) : Usa el DSM-IV para establecer los criterios. Dividido en tres secciones y aunque se ha tachado de poca o nula utilidad clínica, proporcionan información útil de cara al diagnóstico.</p> <p><i>Cuestionario de Acontecimientos Dolorosos (Distressing Event Questionnaire, DEQ)</i> (Edward S Kubany et al., 1996) : Mismos criterios que el PDS. El paciente contesta primero el Cuestionario de Acontecimientos Vitales Traumáticos (TLEQ) (E S Kubany et al., 2000) después escoge el que más malestar le supone. Destacan los resultados obtenidos para personas que han participado en guerras o militares en general así como</p>

	<p>mujeres maltratadas y violadas.</p> <p><i>Escala de Trauma de Davidson (Davidson Trauma Scale, DTS)</i> (Davidson et al., 1997) : Consta de 17 ítems, según el DSM-IV. El punto de corte se sitúa en 40.</p> <p><i>Escala de Autovaloración para el TEPT (Self-Rating Scale for PTSD, SRSP)</i> (Carlier et al., 1998) : Vuelve a tener 17 ítems, como los síntomas del TEPT en el DSM-IV. Sólo validado en accidentes de aviación.</p> <p><i>Lista TEPT (PTSD Checklist, PCL)</i> (Blake et al., 1995)</p> <p><i>Escala TEPT de Purdue - Revisada (Purdue PTSD Scale-Revised, PPTSD-R)</i> (Lauterbach et al., 1997)</p>
<p>Cuestionarios sobre aspectos específicos relacionados con el TEPT</p>	<p><i>Inventario de Cogniciones Postraumáticas (Posttraumatic Cognitions Inventory, PTCI)</i> (E B Foa et al., 1999) : Consta de 36 ítems que puntúan de 1 a 7. Se divide en cogniciones negativas propias, autoculpabilización y cogniciones negativas sobre el mundo.</p> <p><i>Escala del Procesamiento Cognitivo del Trauma (Cognitive Processing of Trauma Scale, CPOTS)</i> (Williams et al., 2002) : Divide el trauma en cinco aspectos cognitivos, y los evalúa. Consta de 17 ítems.</p> <p><i>Cuestionario de Conducta de Evitación Postraumática (Posttraumatic Avoidance Behaviour Questionnaire, PABQ)</i> (van Minnen & Hagenaars, 2010) : Consta de 15 ítems, evaluando la evitación. Valora la frecuencia de 1-4. Ha identificado en total 7 factores.</p> <p><i>Inventario de Culpabilidad Relacionada con el Trauma (Trauma-Related Guilt Inventory, TRGI)</i> (Edward S Kubany et al., 1996) : Mide principalmente la culpabilidad a lo largo de 32 ítems que puntúan de 0 a 4.</p> <p><i>Inventario de Disociación Multiescala (Multiscale Dissociation Inventory, MDI)</i> (Briere et al., 2005) : Son en total 30 ítems, que valoran la frecuencia de 1 a 5. Se subdivide en seis escalas otorgándole un carácter multifacético.</p> <p><i>Cuestionario Modificado de Experiencias Disociativas Peritraumáticas</i></p>

	<p>(<i>RAND Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire, RAND-PDEQ</i>) (Marshall et al., 2002) : Consta de 8 ítems con una valoración de 1 a 5.</p> <p><i>Escala de Experiencias Disociativas (Dissociative Experiences Scale, DES)</i> (Bernstein & Putnam, 1986) <i>Bernstein y Putnam, 1986</i>): Mide las experiencias de disociación a lo largo de 28 ítems. Largo y tedioso. Ha sido revisado. (ver siguiente)</p> <p><i>Informe de Experiencias Curiosas (Curious Experiences Survey, CES)</i> (Goldberg, 1999) : Consta de 31 ítems con tres subescalas: despersonalización (8 ítems), absorción (8 ítems) y amnesia (5 ítems).</p> <p><i>Cuestionario de Experiencias de Disociación (Questionnaire of Experiences of Dissociation, QED)</i> (Riley, 1988) : Consta de 26 ítems (verdadero o falso), y valoran de 0 a 9.</p> <p><i>Escala de Experiencias de Despersonalización (Depersonalization Experiences Scale, DES)</i> (Jacobs & Bovasso, 1992) : Consta de 25 ítems que puntúan de 0 a 4.</p>
<p>Cuestionarios generales sobre el TEPT</p>	<p><i>Escala Global de Estrés Postraumático (EGEP)</i> (Crespo et al., 2012): Consta de 62 ítems. Divididos en tres secciones diferentes.</p> <p><i>Escala de Impacto de Acontecimientos (Impact of Events Scale, IES)</i> (Horowitz et al., 1979): Tiene 15 ítems, que se valoran entre 0, 1, 3 y 5. A su vez tiene dos subescalas (7 y 8 ítems respectivamente). No miden los síntomas específicos.</p> <p><i>Escala Mississipí para el Trastorno por Estrés Postraumático Relacionado con el Combate (Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder, MSCR-PTSD)</i> .(Keane et al., 1988): Consta de 35 ítems sobre los distintos síntomas del TEPT (DSM-III). Debido a su antigüedad se ha revisado en varias ocasiones (ver siguiente)</p> <p><i>Escala Misisipí Civil Revisada para el Trastorno por Estrés Postraumático (Revised Civilian Mississippi Scale for Posttraumatic Stress Disorder, RCMS-PTSD)</i>. (Norris & Perilla, 1996): Consta de</p>

	<p>30 ítems. Dividida en 18 y 12 (evento traumático y contacto emocional con otras personas, respectivamente).</p> <p><i>Autoinforme del Espectro de Trauma y Perdida (Trauma and Loss Spectrum – SelfReport, TLS-SR)</i> (Dell’Osso et al., 2009): Autoinforme que corresponde a la Entrevista Clínica Estructurada para el Espectro de Trauma y Perdida, lo que hace que ambos datos recogidos concuerden de forma significativa.</p> <p><i>Inventario de Pensilvania para el Trastorno por Estrés Postraumático (Penn Inventory for Posttraumatic Stress Disorder, PI-PTSD)</i>(Hammarberg, 1992): Al igual que algunos cuestionarios anteriores está basado en los criterios del DSM-III y por ello no se usa demasiado en la actualidad. 26 ítems, que califica de 0 a 3.</p> <p><i>Lista de Síntomas de Los Ángeles (Los Angeles Symptom Checklist, LASC)</i>. (King et al., 2013): Evalúa desde los síntomas del TEPT hasta sus características asociadas o cambios que genera en la persona (abusos, problemas sociales...). Consta de nuevo de 17 ítems.</p>
<p>Cuestionarios de interferencia o discapacidad</p>	<p>Tanto la discapacidad que produce el TEPT hasta otras que ya presenten los pacientes.</p> <p><i>Cuestionario de Discapacidad de Sheehan (Sheehan Disability Inventory, SDI)</i> (Sheehan et al., 1996) : Consta de 5 ítems valorados de 0 a 10</p> <p><i>Escala Autoevaluada de Discapacidad de Liebowitz (Liebowitz, 1987)</i>: Muy compleja. Consta de 11 ítems, valorados de 0 a 3.</p> <p><i>Cuestionario de Interferencia</i>: Emplea escalas de 0-5, 0-8 o 0-10 puntos para valorar como interfiere en su vida diaria. Lo han usado muchos autores, destaca Bados (Bados, 2009) y Echeburúa et al. (Echeburúa Odriozola et al., 2000)</p>

Anexo 2. COMPILACIÓN DE TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS DE LA APA (American Psychological Association (APA), 2017b)

Intervención	Descripción	Recomendación	Duración/ N. de sesiones	Tiempo por sesión
Terapia cognitivo-comportamental	Usa estrategias comportamentales y cognitivas, como exposición, re-estructuración cognitiva, cambios en el comportamiento y desarrollo de habilidades de afrontamiento para encarar y moldear los pensamientos y comportamientos psicosociales aprendidos.	Fuerte	Semanal o cada 2 semanas/4-16 semanas	60-120 minutos
Terapia cognitivo-procesante	Se centra en las concepciones asumidas enraizadas en el trauma. Las metas principales son animar la expresión de emociones naturales y reducir las artificiales	Fuerte	Semanal o cada 2 semanas/6-17 semanas	60-90 minutos

	<p>asociadas al trauma. Identificar las ideas disfuncionales o puntos de atranque y promover otras más equilibradas. Sus cuatro principales bases son: Educación, Procesado del trauma, aprender a desafiar las ideas del trauma y su temática.</p>			
Terapia cognitiva	<p>Breve y orientada a metas. Principalmente a ayudar al paciente a analizar el pensamiento distorsionado, para moldearlo y con ello modificar los comportamientos problemáticos.</p>	Fuerte	Semanal/9-16 semanas	60-90 minutos
Exposición prolongada	<p>Diseñada para los que han sufrido alguna experiencia traumática directa. Desde revivir de forma</p>	Fuerte	Semanal/1-30 semanas	60-120 minutos

	<p>continua el trauma, hasta repetición gradual con confrontamiento. Se les pide a los pacientes que ellos en cada se expongan, o que revivan esa situación. Además forma parte de este entrenamiento la respiración controlada, por lo que se puede volver a entrenar.</p>			
Terapia breve-ecléctica	<p>Tratamiento manualizado que combina técnicas psicoterapéuticas como psicodinámicas. Incluyendo psicoeducación, relajación, exposición imaginada, escritura y lectura sobre el trauma para integrarlo como un ritual.</p>	Condicional	Semanal/16 semanas	45-60 minutos
Terapia de movimiento	<p>Es una psicoterapia de</p>	Condicional	Semanal o cada 2	60-90 minutos

des-sensibilizante del ojo y del reprocesamiento	ocho fases de psicoterapia que facilita el acceso y procesado de memorias traumáticas llegando a una resolución adaptativa. Durante la técnica, el paciente se expone a material que puede afectar en dosis secuenciales o sets, mientras es estimulado por sonidos, movimientos, etc. Luego se les pide que informen sobre lo que les viene a la mente y que asocien a algo, normalmente contestan con cosas que no han visto anteriormente. Además se usan escáneres corporales para ver el grado de resolución.		semanas/4-16 semanas	
Terapia del	Terapia	Ninguna	Semanal a	60-120

ensayo imaginario	manualizada que reduce la intensidad y frecuencia de las pesadillas aumentando conocimientos sobre el sueño. También escogiendo un patrón que se convierta en repetitivo cada noche antes de dormir, que les otorgará un sentimiento de maestría y control.		cada 2 semanas/3-17 semanas	minutos
Relajación	Relación muscular, meditación y respiración para reducir los niveles de ansiedad y estrés.	Ninguna	Semanal-cada 2 semanas/6-14 semanas	40-90 minutos
Buscando seguridad	Breve y manualizada terapia, centrada sobre todo en personas con historial de abuso de sustancias, creando una seguridad en su	Ninguna	Semanal o cada 2-3 semanas/6-12 semanas	75-90 minutos

	vida personal, centrándose en los elementos que favorecen esas conductas.			
Entrenamiento en inoculación del estrés	Se basa en establecer consecuencias de previos episodios estresantes y aprender de estrategias adaptativas para afrontar la situación en el futuro.	Ninguna	-	-

Anexo 3. INTERVENCIONES PARA LOS PACIENTES, DISTINGUIDAS POR SU EDAD Y LA TEMÁTICA DE CADA INTERVENCIÓN (NICE, 2018)

<p>Niños y Adolescentes</p>	<p>Tratamiento</p>	<p>Considerar una intervención individual para niños de 5-6 años con TEPT o signos clínicamente importantes presentados un mes después del suceso. Considerar intervención si edad de 7-17 años de entre uno y tres meses posteriores al suceso. Ofrecer siempre las intervenciones bajo el uso de un manual validado, normalmente esta hoja de ruta tendrá de seis a doce sesiones, pero pueden ser más si se indica así clínicamente. Debe estar adaptado a la edad del grupo y debe involucrar a los padres o cuidadores principales, incluir psicoeducación sobre las reacciones típicas y cómo manejar los síntomas principales. Considerar la terapia del movimiento del ojo y desensitización y reprocesamiento si edades de 7-17 con diagnóstico de TEPT y síntomas de más de tres meses de duración si no hay respuesta al tratamiento.</p>
<p>Adultos</p>	<p>Tratamiento</p>	<p>Ofrecer terapia cognitivo-comportamental centrada en el paciente con síntomas y diagnóstico de TEPT, que han presentado estos síntomas durante más de un mes posterior al suceso: Terapia de procesamiento cognitivo, Terapia cognitiva, Terapia de exposición narrativa, Terapia de exposición prolongada. Estas terapias deben estar validadas por un manual, llegando a suponer de 8 a 12 sesiones, siempre llevadas a cabo por un profesional entrenado y capacitado que les aporte estrategias de manejo de emociones, de afrontamiento de pesadillas, etc. Ayudando les por ejemplo a re-establecer relaciones o a</p>

		<p>afrontar ciertas fechas. Para ello considerar más sesiones si necesario. Considerar la terapia del movimiento del ojo y desensitización y reprocesamiento si síntomas importantes de 1 a 3 meses. Siempre validadas por un manual y siendo de 8 a 12 sesiones, pudiendo estas incluir desde estrategias para afrontar los síntomas, información acerca de ellos hasta técnicas de relajación o respiración que ayuden a los pacientes. Terapias cognitivo-comportamentales computerizadas para adultos, siendo estas de 8 a 10 sesiones y que incluyan elaboración y procesado de los recuerdos del trauma, desde las emociones hasta la re-estructuración cognitiva del mismo. Considerar las técnicas mencionadas arriba para combatir o paliar únicamente los síntomas diana, ya sean el sueño, evasión o la furia/irritabilidad.</p>
--	--	---

Anexo 4. AUTORIZACIÓN COMITÉ DE ÉTICA.



COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE LA PROVINCIA DE JAÉN

D^a. Ana Laura Ortega Granados, Secretaria del Comité de Ética de la Investigación de la Provincia de Jaén,

CERTIFICA

Que este Comité en su reunión de 31/10/2019, ha evaluado la propuesta para realizar el Estudio de Investigación titulado:

TÍTULO DEL ESTUDIO (TD): "Validación del PPQ (PPQ-E) como herramienta para la detección del trastorno de estrés posttraumático en el puerperio",
INVESTIGADOR/ES: Tutor Asistencial D^a. Miriam Aznar Zafra, Tutor Académico D. Juan Miguel Martínez Galiano, Doctorando D. Sergio Martínez Vázquez.
PROTOCOLO: TD-VCDEPP-2019 / 1417-N-19 Versión 2 de 03/10/2019
HIP y CI: Versión 2 de 03/10/2019

Y considera que,

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del Protocolo y de la Hoja de Información al Paciente y Consentimiento Informado, en relación con los objetivos del estudio y se ajusta a los principios éticos, aplicables a este tipo de estudios.
- La capacidad del/a Investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- Están justificados los riesgos y molestias previsibles para los participantes.
- Que los aspectos económicos involucrados en el Proyecto, no interfieren con respecto a los postulados éticos.

Por ello, el Comité de Ética de la Investigación de Jaén, tras la valoración del citado estudio, **APRUEBA** la realización del mismo.

Lo que firmo en Jaén, a 31 de octubre de 2019,



Fdo.: **D^a. Ana Laura Ortega Granados**
Secretaria del CEI de Jaén

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JAÉN
Avda. Ejército Español, 10. 23007 - Jaén
Unidad de Investigación
Tel. 953 00 55 10
ul.ijc@juntadeandalucia.es

A
P
É
N
D
I
C
E
S



11. APÉNDICES

11.1. PRODUCCIÓN CIENTÍFICA

11.1.1 Manuscritos 1-4.

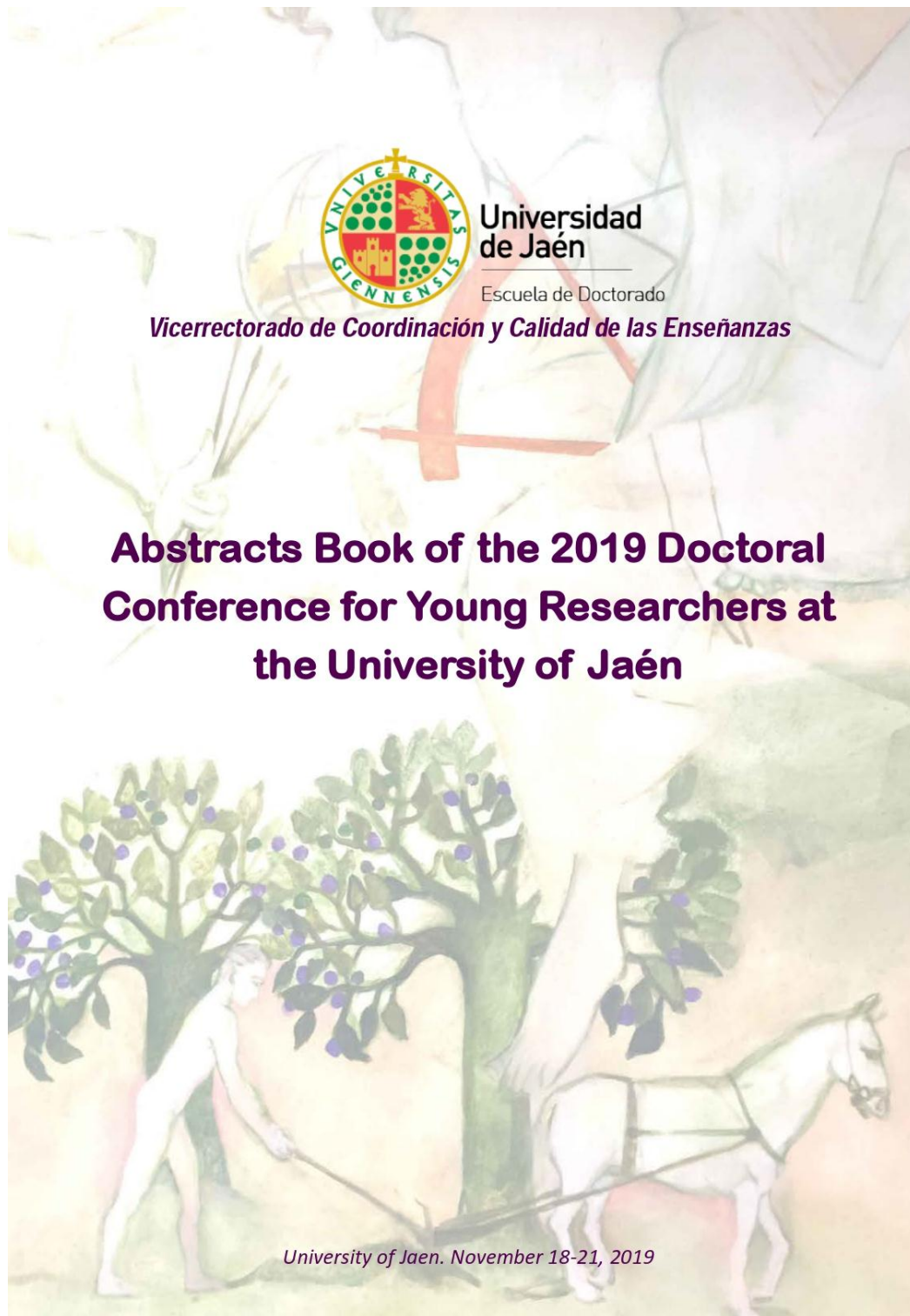
Martínez-Vazquez, S.; Rodríguez-Almagro, J.; Hernández-Martínez, A.; Delgado-Rodríguez, M.; Martínez-Galiano, J.M. *Long-Term High Risk of Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and Associated Factors*. J. Clin. Med. 2021, 10, 488. <https://doi.org/10.3390/jcm10030488>

Martínez-Vazquez, S.; Rodríguez-Almagro, J.; Hernández-Martínez, A.; Delgado-Rodríguez, M.; Martínez-Galiano, J.M. *Obstetric factors associated with postpartum post-traumatic stress disorder (PTSD) following normal vaginal delivery*. Submitted to Birth: Issues in perinatal care. Article ID: BIRT12550. Article DOI: 10.1111/birt.12550. Internal Article ID: 17064274

Hernández-Martínez, A., **Martínez-Vázquez, S.**, Rodríguez-Almagro, J. et al. *Validation of perinatal post-traumatic stress disorder questionnaire for Spanish women during the postpartum period*. Sci Rep 11, 5567 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-85144-2>

Hernández-Martínez A., **Martínez-Vazquez S.**, Rodríguez-Almagro J., Delgado-Rodríguez M., Martínez-Galiano JM. *Elaboration and Validation of Two Predictive Models of Postpartum Traumatic Stress Disorder Risk Formed by Variables Related to the Birth Process: A Retrospective Cohort Study*. Int J Environ Res Public Health. 2020 Dec 24;18(1):92. doi: 10.3390/ijerph18010092. PMID: 33374483; PMCID: PMC7795639.

11.1.2 Jornadas Doctorales de la Universidad de Jaén (EDUJA 2019). Doctoral Conference for Young Researchers at the University of Jaén. Vicerrectorado de Coordinación y Calidad de las Enseñanzas.



Title:

PPQ-E used as a screening tool to detect PTSD in puerperium period

Presenting author, & affiliation:

Martinez Vazquez, Sergio
University of Jaen, Department of Nursing
E-mail address: *sergio_sk8_9@hotmail.com*

Abstract:

Women who give birth can recall the experience as traumatic. This experience can affect the health of mother and baby too. By using a tool able to screen the symptoms would be crucial to prevent and act on the consequences of PTSD in the puerperium period. In order to obtain a validated screening tool, we launch this research proposal. A transversal study will take place with women after childbirth. Data will be collected on sociodemographic variables related to pregnancy, childbirth, and puerperium. A multi-factorial exploratory analysis will evaluate this, as well as the validity of the convergent criteria, will be studied through the PPQ scale with clinical data such as type of birth, episiotomy, severe tear, baby admitted to neonatal unit and type of feeding.

Using both t-student-Fisher and ANOVA analysis depending on the variable to determine the relationship between the variables tested and the values on the PPQ questionnaire.

The reliability analysis will take place using the alfa index Cronbach (IAC, α) in order to examine the internal consistency and the concordance inter-observer, the Kappa index will be used.

At the time of the EDUJA19, the research is at very early stages, we still waiting for the Ethics Committee approval that was scheduled for mid-November, however, we think the presentation of the main structure and the next steps of the research will be interesting for everybody within the Academic community.

Acknowledgements:

Director(s) of PhD thesis: Juan Miguel Martínez Galiano and Antonio Hernández Martínez

I also wish to present this work as a poster YES .X...NO

11.1.3 Comunicación científica en Congreso Virtual de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y da Associação Portuguesa de Epidemiologia (APE).



CERTIFICADO DE COMUNICACIÓN ORAL

El Comité Científico del I Congreso Virtual de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y da Associação Portuguesa de Epidemiologia (APE) celebrado los días 21, 22, 23, 29 y 30 de octubre de 2020, certifica que

JUAN MIGUEL MARTÍNEZ GALIANO

ha presentado la comunicación oral titulada

**EL TRATO INADECUADO DURANTE LA ASISTENCIA AL PARTO Y TRASTORNO POR ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO EN EL POSPARTO**

cuyos autores son

JM. Martínez Galiano, S. Martínez Vazquez, J. Rodríguez Almagro, M. Delgado Rodríguez, A. Hernández
Marínez

Y para que así conste, se expide el presente certificado a 30 de Octubre de 2020.


Comité Científico
*I Congreso Virtual de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y da
Associação Portuguesa de Epidemiologia (APE)*





CERTIFICADO DE COMUNICACIÓN ORAL

El Comité Científico del **I Congreso Virtual de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE)** y **da Associação Portuguesa de Epidemiologia (APE)**, certifica que ha sido presentado como **comunicación oral** el trabajo titulado

EL TRATO INADECUADO DURANTE LA ASISTENCIA AL PARTO Y TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN EL POSPARTO

cuyos autores son

JM. Martínez Galiano, S. Martínez Vazquez, J. Rodríguez Almagro, M. Delgado Rodríguez, A. Hernández Marínez

Y para que así conste, se expide el presente certificado a 30 de octubre de 2020.


Comité Científico
I Congreso Virtual de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y da Associação Portuguesa de Epidemiologia (APE)



