

CARTA DE REVISORES

Revisor/a B:

Recomendación: Reenviar para revisión

Observaciones generales:

El tema del estudio reportado es de alta relevancia, atendiendo una de las necesidades de contar con instrumentos que permitan hacer detecciones tempranas de trastornos de salud mental perinatal en países de Latinoamérica. Por ello, aportaciones como este abonan a mejorar el conocimiento de la salud mental materna en poblaciones latinoamericanas. Sin embargo, el manuscrito sometido requiere una revisión completa de diversos aspectos en la mayoría de los apartados, y en especial se recomienda una revisión de estilo para mejorar la redacción en español y facilitar la comprensión.

Se comparte a detalle a continuación, las sugerencias y observaciones realizadas para la consideración de los autores (se adjunta el archivo original con subrayados en amarillo para ejemplificar apartados que requieren aclaración/ajuste).

1. Título: Se sugiere mejorar la traducción al español de la Escala. (p.e. *Escala de Trastorno de Estrés Postraumático en el Postparto*). Mejorar el resumen. Revisar también la traducción del abstract en inglés ya que hay palabras en español y hay errores de sintaxis.
2. Se sugiere una revisión de estilo en la redacción de TODO el documento, hacen falta acentos, problemas de uso de género, en la sintaxis, puntuaciones, con uso de palabras no claras conceptualmente y se recomienda evitar anglicismos (P.e. "link", cuando debería incluirse mejores opciones como "Enlace" o "dirección de acceso electrónico"). Es importante también el formato de referencias incluidos en el documento, ya que existen varios errores (ver sección de discusión).

INTRODUCCIÓN:

1. Faltan algunas referencias de textos incluidos. P.e. DSM-IV (p.2).
2. Explicar brevemente cuáles son los "buenos resultados" identificados en las validaciones del City BITS en otros países en términos psicométricos que permitan otorgar antecedentes de sus análisis de validez.

MÉTODO:

1. Incluir el tipo de diseño de investigación utilizado en esta sección. Se incluye en el resumen pero no se detalla en este apartado. En el apartado de participantes sugiero incluir el periodo en el cual fue realizada la recolección de los datos (se reporta haberse realizado en la pandemia por COVID-19 en las conclusiones pero nunca se especificó previamente).

Instrumentos:

1. Se recomienda detallar si la aplicación y el llenado de los instrumentos se realizó en formato presencial o virtual. Esto se da por sobre entendido hasta la sección del procedimiento.
2. **BITS:** Una duda a lo largo de todo el documento es si se usó para la presente validación una versión del BITS de España o en versión en español de otro país; esto nunca queda claro y en diversos apartados se sugiere (Ver nota de la sección de procedimiento). Esto debe definirse claramente. Adicionalmente sugiero incluir cómo se obtiene el puntaje total, qué significan los puntajes elevados, rango de calificación y si existe punto de corte o rangos que definan niveles de gravedad del TEPT, así como la referencia del estudio que reporta la versión hebrea del CITY BITS. También es importante homogenizar el término traducido al español que se usará a lo largo del documento; hay términos diferentes para referirse a este instrumento desde el título. (Escala de Trauma de Nacimiento de la Ciudad, Escala de Trastorno de Estrés Postraumático Postparto – City BITS, City Birth Trauma Scale,). Se identifica una inconsistencia en los apartados del documento sobre el número total de ítems, en la sección de instrumentos refiere un total de 31 ítems, que se desglosan posteriormente en 22 y luego en 20. Definir claramente cuáles se usaron para el AFE y AFC y justificar por qué no se incluyeron los ítems restantes.
3. **DASS-21:** Especificar qué versión en español se usó y si ésta ha sido validada en población argentina. Definir si es un autoinforme. ¿La validez factorial convergente y discriminante que se

reporta es del estudio de los autores originales del instrumento o de un estudio de validación en muestras argentinas? Se recomienda especificar.

4. **BIEPS-A:** Incluir información sobre si este instrumento ha sido diseñado o validado para población argentina y cómo se interpretan altos o bajos puntajes. Definir si es un autoinforme o es hetero-administrado. Definir si los coeficientes de Alfa de Cronbach reportado son del cuestionario total y si es así, especificarlo, así como incluir los coeficientes de Alfa de Cronbach de las dimensiones.

Procedimiento:

1. Definir si se realizó una traducción o adaptación al español de uso en Argentina del instrumento BITS a validar o se usó una versión en español ya traducida en otro país/contexto. En la sección de discusión se afirma que: "Se encontró que la versión española era psicométricamente confiable y válida", pero en ninguna parte previa del documento se detalla cuál versión se usó ni sus referencias, si es que se validó una versión de España. Por favor aclarar esto desde apartados previos del artículo. Si el presente incluyó un proceso de traducción/retrotraducción y adaptación sociocultural del instrumento para su uso en población argentina, se recomienda incluirlo en el procedimiento y en los resultados.

Análisis Estadístico:

1. Se sugiere incluir las referencias del software SPSS V25 y del DSM-5. No se reporta el análisis realizado para valorar la normalidad multivariada y justificar el tipo de AFE usado (Método de Máxima Verosimilitud recomendado cuando hay normalidad multivariada); se recomienda detallar si se hizo este análisis previo y los índices que confirman la normalidad multivariada de los datos. Sin embargo, en secciones posteriores, al describir los Análisis Factoriales Confirmatorios se señala que se usó: "la prueba χ^2 para minimizar el impacto de la no normalidad multivariada de los ítems (Satorra & Bentler, 1994)". Esta información parece contradecir la normalidad multivariada reportada en el AFE. Es importante aclarar este tema ya que en los resultados se da a entender que hubo no normalidad en la distribución de 18 ítems (*Dieciocho de las 20 preguntas sobre síntomas de la City Birth Trauma Scale fueron positivamente sesgado, lo cual es normal cuando se usan en poblaciones normales. P.8*). Si no hubo normalidad argumentar el tipo de método del AFE seleccionado ante no normalidad multivariada.
2. AFE: En la sección de Análisis Estadístico se describe que se usó el método de Máxima Verosimilitud con rotación oblicua pero en la sección de Resultados se describe otro método ("El AFE proporciono tres factores utilizando el método de componentes principales con rotación Normalización Varimax con Kaiser" ver pag.8). Homogenizar la información correspondiente y definir cuántos de los 31 ítems de la Escala City BITS se incluyeron en este análisis ya que en diversos apartados posteriores refieren que fueron 22 y luego se redujeron a 20.
3. Es importante justificar por qué en esta sección se declara que se definió el parámetro de carga factorial de $> .30$ mínima para seleccionar los ítems de cada factor, ya que es un punto de corte bajo, cuando es una validación de un instrumento de otro contexto. Esto dado que en la sección de resultados se indica que 22 de los ítems reportaron una carga factorial $\geq .40$ y sobre ese parámetro fueron incluidos solo 20 ítems. Resulta contradictorio cambiar de criterio a lo largo del documento.
4. Aclarar si el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) realizado posterior al AFE se hizo en la misma muestra de participantes que se realizó el primer análisis de AFE o se dividió la muestra para realizar ambos análisis en submuestras independientes.
5. Se sugiere aclarar mejor el siguiente enunciado: "*El segundo indicador son los valores alfa cuando se eliminaron las preguntas individuales*". ¿A qué preguntas individuales se refieren?

Aspectos éticos:

1. Agregar el número de protocolo aceptado en el Comité de ética si es que se tiene o se asignó. Dado que se entiende que la recolección de datos fue virtual se sugiere incluir detalles sobre, ¿cómo se atendieron los aspectos éticos en el resguardo de la información virtual?

RESULTADOS

Análisis de Fiabilidad:

1. Se reporta antes de los resultados de los AFE. Esto no tiene sentido, ya que no se puede realizar el análisis de consistencia interna del instrumento antes de definir la estructura factorial final propuesta de la nueva versión del BITS ya que se infiere que se realizó con la versión completa aún no analizada del instrumento. Se reporta información sobre los coeficientes alfa de Cronbach de 2 subescalas y la escala global en este apartado; por favor aclarar si este análisis de fiabilidad se hizo con los 20 ítems finales que fueron sugeridos por el AFE y el AFC. En caso que la respuesta sea afirmativa, entonces reportarlos después de los análisis factoriales en cuanto ya se comprobó la estructura final propuesta con los 20 ítems para darle mayor coherencia al proceso. Si se realizó con los 22 ítems originales con los que se calcularon los AFE y AFC; sugiero replicarlos con los ítems y la estructura factorial final de 20 ítems.

DISCUSIÓN

1. En general se recomienda fortalecer la discusión, ya que resulta pobre en términos de la comparación de los resultados con estudios recientes y las validaciones previas del instrumento y las aportaciones teóricas y clínicas de este.

Validez de constructo

1. Se recomienda mejorar la redacción de este enunciado, ya que resulta poco claro y parece contradictorio: **“Los Síntomas asociados con el parto y Síntomas generales correlacionan** con las dimensiones del DASS-21 (ansiedad, estrés y depresión), **con la escala general** y con los síntomas generales asociaciones moderadas-alta (superiores a .6) con valores similares tanto con la puntuación general del DASS-21, como sus dimensiones: ansiedad, estrés y depresión. Mientras que con **los síntomas relacionados con el parto correlaciona moderado-bajo, tanto con la puntuación general del DASS-21**, como sus dimensiones: ansiedad, estrés y depresión (superiores a .3).” También se recomienda comparar estos resultados con hallazgos de estudios previos para explicar/argumentar por qué la diferencia en las correlaciones en las dos dimensiones de la nueva versión del BITS.
2. Sugiero argumentar con evidencia previa (estudios previos sobre TEPT en muestra perinatales y su contraste con muestras no perinatales) cómo sustentar esta afirmación: *“Se esperaría que las intrusiones no fueran una característica central de TEPT relacionado con el parto, en relación con otras formas de TEPT”*. Lo anterior ya que los recuerdos intrusivos son un síntoma característico del TEPT general. Esta misma aseveración se repite en las conclusiones: *“...que lo diferencian de otras patologías e incluso de otros trastornos de estrés postraumáticos”*. Se recomienda argumentar claramente desde los antecedentes en la introducción y sobre todo en la discusión si es una evidencia que también sustentó la toma de decisiones para eliminar dos ítems del instrumento.
3. Validez Divergente: Se recomienda incluir las referencias de los estudios/literatura previa que sustenta las siguientes aseveraciones: *“La literatura científica muestra conexiones entre la Bienestar y estrés. Niveles elevados de Bienestar se asocian a mayores habilidades sociales, redes sociales más ricas y estrategias más eficaces de supervivencia”*.

REFERENCIAS

1. Se sugiere revisar el formato de todas las referencias, homogenizarlo e incluir datos faltantes y corregir sintaxis, falta de acentos, errores de puntuación en algunas de ellas. Adicionalmente, si la referencia tiene doi, debe incluirse. Agregar las referencias de datos citados en el documento que no se encuentran incluidas en el listado final ni en el texto.

CARTA DE RESPUESTA

Punto editorial planteado, describiendo exactamente qué modificaciones se han realizado en el texto del manuscrito y dónde se pueden ver (por ejemplo, sección de Métodos, párrafo 5, página 3). Asegúrese también de que todos los cambios al manuscrito estén indicados en el texto resaltando o usando control de cambios. Si no está de acuerdo con los comentarios formulados, proporcione una refutación detallada para ayudar a explicar y justificar su decisión

Abstract

Se mejoró la redacción, agregándose: However, it is still not recognized in maternity centers, and to women, what happens to them during and after childbirth, for which reason they are rarely identified and treated by the people and areas available.

Error	Cambio
(Ayers, Bond, Bertullies & Wijma, 2016).	(Ayers et al., 2016).

Introducción

Párrafo	Error	Cambio
2	descripto	descrito
3	son un priorato negativo ellos mismos	no tienen una connotación negativa ellas mismas
5	Ayers, Joseph, McKenzie-McHarg, Slade & Wijma, 2008	Ayers et al., 2008
7	la City Bits Trauma Scale (Radoš, Matijaš, Kuhar, Anđelinović & Ayers, 2020) buenos resultados	la Escala de Trastorno de Estrés Postraumático en el Postparto (Radoš et al., 2020) con altos puntajes en los indicadores de confiabilidad y validez en ambas investigaciones.

Método

Párrafo	Error	Cambio
1	la City Bits Trauma Scale (BiTS)	la Escala de Trastorno de Estrés Postraumático en el Postparto (City BITS).
Instrumento 3	cogniciones negativos creer que un daño grave o puede ocurrir la muerte	cogniciones negativas creer que puede ocurrir un daño grave o incluso la muerte
4	validez factorial convergente y discriminante	validez factorial convergente y divergente
Procedimiento 6	Se facilitó el link del google forms para acceder a los instrumentos.	Se facilitó el acceso al google forms para completar los instrumentos.
7	Escala de Trauma de Nacimiento de la Ciudad,	Escala de Trastorno de Estrés Postraumático en el Postparto
Análisis estadístico 8	SPSS V25	SPSS Versión 25
9	el DSM-5. Se empleó el método de máxima verosimilitud y una rotación oblicua. , si la muestra procede de una distribución normal multivariada.	La escala. Para la estimación de las cargas factoriales se empleó el método de máxima verosimilitud, y para el método de rotación se utilizó la oblicua. , y permite estimar si la muestra procede de una distribución normal multivariada.

Se agregó:

Se realizó una investigación cuantitativa, de tipo no experimental, y de corte transversal, descriptivo-correlacional. Se recolectó una muestra de 754 mujeres posparto que durante el primer semestre de 2021 (pandemia Covid-19) participaron en el estudio y completaron uno o todos los cuestionarios.

Luego que la persona manifestaba su deseo de participar se le enviaba el enlace (digital – internet) para que comience.....

Instrumentos:

La prueba piloto mostró una alta consistencia interna (α de Cronbach = .853) para la escala total..... Para la validación se empleó la escala completa descrita anteriormente, pero para las estimaciones psicométricas solo se consideró los 20 ítems que cubren los síntomas considerados en el DSM-5.

Se re-escribió la descripción de la Escala de Trastorno de Estrés Postraumático en el Postparto (City BITS):

Se utilizó el cuestionario de autoinforme City BITS en Inglés (instrumento original) que consta de 31 ítems desarrollados en base a los criterios del DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013) para el TEPT. Veintidós de los ítems evalúan la frecuencia de los síntomas durante la última semana, puntuados en una escala tipo Likert que va de 0 ("en absoluto") a 3 ("5 o más veces"). Los dos primeros ítems miden si las complicaciones del parto cumplieron con los criterios de un factor estresante traumático, pero no forman parte del puntaje total del instrumento. Los siguientes 20 ítems cubren cuatro grupos de síntomas del DSM-5: síntomas de re-experimentación (cinco ítems), síntomas de 'evitación' (dos ítems), 'estado de ánimo y cogniciones negativas' (siete ítems) y síntomas de hiperactividad (seis ítems). Estos 20 ítems se dividen en dos subescalas, denominadas síntomas relacionados con el nacimiento, y síntomas generales. La puntuación total de la escala se basa en estos ítems, por lo cual tiene un rango de valores de 0 a 60..... Hasta el momento no se han encontrado en las investigaciones rango de calificaciones o categorías, que definan grado de severidad.

Escala de depresión, ansiedad y estrés (Depression, Anxiety and Stress Scale DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995).

..... Presenta, además, evidencia de validez factorial convergente (por ej con el Inventario de Depresión de Beck-II e Inventario de Ansiedad de Beck, Antúnez & Vinet, 2012; Román et al., 2014). y discriminante divergente (por ej. Una muestra clínica con una no clínica, Bados et al., 2005). Se empleó la adaptación de Facio, Micocci y Resett (2008) a la Argentina con buenas propiedades psicométricas.

Escala de Bienestar Psicológico para adultos (BIEPS-A; Casullo, 2002)

Esta escala de autoinforme fue construida por Casullo (2002) en Argentina, para permitir identificar el Bienestar Psicológico. Evalúa....

..... La confiabilidad interna reportada por la autora fue de Posee una buena confiabilidad interna con un alfa de Cronbach de .70 para la escala global, mientras que en las dimensiones obtuvo: .59 para proyectos, .61 para autonomía, .49 para vínculos, y .46 para control/aceptación.

Procedimiento:

Se hizo la traducción y adaptación del cuestionario a través de tres jueces expertos (psicólogos especialistas en clínica e investigación) que realizaron la adecuación de los términos al castellano.

Análisis estadístico

Se corrigió el error del punto de corte de la carga factorial utilizada: $> .40$. Las primeras estimaciones fueron con $.30$ y como se obtuvieron cargas superiores a este valor se subió a $.40$, siendo el criterio final de estimación.

La muestra se dividió en dos partes, los primeros 300 casos se usaron para los cálculos del AFE y los 377 casos restantes (válidos) se utilizaron para las estimaciones del AFC.

Se utilizó el termino de ítems individuales porque son dos primeros que miden si las complicaciones del parto cumplieron con los criterios de un factor estresante traumático. Al no considerar estos dos ítems el valor de alfa sube.

La fiabilidad de realizó sobre los 20 ítems que proporcionaron la mayor varianza explicativa y que ajustaron mejor al modelo.

Resultados

Se aclaró el error al describir los resultados, se utilizó el método de máxima verosimilitud con rotación oblicua (como fue identificado en el análisis estadístico) y no el método de componentes principales.

Aspectos éticos

El Comité de ética no tiene un número de protocolos aceptados, no se asigna. Se atendieron los aspectos éticos en el resguardo de la información virtual primero con un consentimiento informado donde se indica el objetivo del cuestionario y lo que espera de cada participante; segundo, a nivel de información solo le pidieron los datos sociodemográficos que caracterizan la muestra: edad, nivel de estudio, zona de residencia, estado civil, además de información del tiempo del parto y las vivencias del mismo.

Bibliografía.

Se agregó:

American Psychiatric Association [APA] (2014). *DSM-5: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana. Madrid. ISBN/ISSN/DL: 978-84-983581-0-0

American Psychiatric Association (2023). Trastorno de estrés postraumático (TEPT). Disponible en: <https://www.psychiatry.org/patients-families/la-salud-mental/trastorno-de-estres-postraumatico-tept>

Antúnez, Z., & Vinet, E. V. (2012). Escalas de depresión, ansiedad y Estrés (DASS-21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica*, 30(3), 49-55.

Bados, A., Solanas, A., & Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of depression, anxiety and stress scales (DASS). *Psicothema*, 17(4), 679-683.

Boorman, R.J., Devilly, G., Gamble, J., Creedy, D.K. y Fenwick, J., (2014). Childbirth and criteria for traumatic events. *Elsevier. Vol 30, Issue 20*, Pp. 255-261. doi.org/10.1016/j.midw.2013.03.001

Caparros-Gonzalez, R. A. (2019). *City BiTS_Spanish Version 2019*. City, University of London. Disponible en: <https://blogs.city.ac.uk/citybirthtraumascale/translations/>

Facio, A., Micocci, F., & Resett, S. (2008). *Haciéndose adulto: relaciones interpersonales y problemas emocionales y de conducta en la adultez emergente* (Proyecto de investigación y desarrollo 171/08). Paraná, Argentina: Universidad Nacional de Entre Ríos, Facultad de Ciencias de la Educación.

IBM (2020). Statistical Package for the Social Sciences.

Kazato, M. (2022). Screening for childbirth-related posttraumatic stress disorder using the City Birth Trauma Scale: A pilot Project. Doctor of Nursing Practice Final Manuscripts. 187. <https://digital.sandiego.edu/dnp/187>

Maggioni, C., Margola, D., y Filippi, F. (2006). PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: A two-wave longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(2), 81-90.

Osório, F., Ayers, S., Gonçalves, F. y Rocha, J.C. (2021). City birth trauma scale-updates to the Portuguese. *Arch Clin Psychiatry*. 48(6): 250-268. DOI: 10.15761/0101-60830000000316;

Polachek, I.S., Dulitzky, M. Margolis-Dorfman, L. y Simchen, M. (2016). A simple model for prediction postpartum PTSD in high-risk pregnancies. *Archives of Women's Mental Health. Springer*. volume 19, pp. 483-490.

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

Román, F., Vinet, E. V., & Alarcón, A. M. (2014). Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21): Adaptación y Propiedades Psicométricas en estudiantes secundarios de Temuco. *Revista Argentina Clínica Psicológica*, 23(2), 179-190.