



Asociación entre traumas en la infancia y depresión posparto en puérperas brasileñas

Elton Brás Camargo Júnior¹

 <https://orcid.org/0000-0001-5148-1703>


Ana Carolina de Sousa Andrade²

 <https://orcid.org/0000-0003-0826-7781>

Maria Neyrian de Fátima Fernandes³

 <https://orcid.org/0000-0001-7626-9733>

Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato⁴

 <https://orcid.org/0000-0001-7475-6650>

Destacados: **(1)** Elevada prevalencia (36,8%) de depresión posparto (DPP) en puérperas. **(2)** Significativa asociación entre todos los traumas en la infancia y DPP. **(3)** El trauma en la infancia que más influyó en la DPP fue el abuso emocional. **(4)** En el caso de traumas coocurrentes, el abuso emocional siguió estando asociado a la DPP. **(5)** Es necesario que los profesionales de Enfermería evalúen los traumas en la infancia durante el embarazo.

Objetivo: evaluar la asociación entre diferentes formas de traumas en la infancia y depresión posparto en puérperas brasileñas. **Método:** en este estudio transversal se incluyó a 253 puérperas que fueron evaluadas con la *Edinburgh Postnatal Depression Scale* y el *Childhood Trauma Questionnaire*. Se realizaron análisis de regresión logística multivariados para verificar la asociación de diferentes tipos de trauma y la coocurrencia de formas de abuso y negligencia con la depresión posparto. **Resultados:** se identificó depresión posparto en 93 mujeres (36,8%; intervalo de confianza del 95%: 30,8-42,7). Todas las formas de traumas en la infancia que se evaluaron (abuso emocional, negligencia emocional, abuso físico, negligencia física y abuso sexual) estuvieron asociadas de manera independiente con la depresión posparto después de ajustar por variables de confusión. El abuso emocional siguió estando asociado con la depresión posparto cuando se analizó la coocurrencia de todas las formas de traumas en la infancia. **Conclusión:** los resultados sugieren una asociación entre las diferentes formas de traumas en la infancia y la depresión posparto. En este sentido, los traumas en la infancia son un indicador para que los profesionales de Enfermería detecten factores de riesgo para la depresión posparto en los controles obstétricos.

Descriptor: Depresión Posparto; Transtorno Depresivo; Experiencias Adversas de la Infancia; Salud de la Mujer; Abuso Sexual Infantil; Abuso Emocional.





¹ Universidade de Rio Verde, Faculdade de Enfermagem, Rio Verde, GO, Brasil.

² Universidade de Rio Verde, Faculdade de Medicina, Rio Verde, GO, Brasil.

³ Universidade Federal do Maranhão, Departamento de Enfermagem, Imperatriz, MA, Brasil.

⁴ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

Camargo EB Júnior, Andrade ACS, Fernandes MNF, Gherardi-Donato ECS. Association between childhood trauma and postpartum depression among Brazilian puerperal women. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2024;32:e4170 [cited   ]. Available from:  <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6761.4170>

Introducción

Los traumas vividos en la infancia aumentan el riesgo de desarrollar trastornos mentales en la vida adulta⁽¹⁾, especialmente en el caso de mujeres que están cursando un embarazo o se encuentran en el período posparto⁽²⁾. Además, cambios hormonales posparto, recuperación física del parto y mayor demanda de atención médica pueden reactivar recuerdos muy tempranos de los cuidados que recibió una mujer en la infancia y, cuando el trauma es el resultado de abusos en la infancia, la probabilidad de desarrollar depresión posparto (DPP) es elevada⁽³⁾.

La DPP es un problema de salud pública relevante debido a sus consecuencias para la salud y el vínculo entre madres e hijos, además de la significativa prevalencia que se observa en países de medianos y bajos ingresos⁽⁴⁾. La DPP también afecta a las parejas y a los familiares, lo que puede ocasionar sufrimiento personal, perjuicios en el funcionamiento social, emocional y físico, y baja calidad de vida en los parientes. Además, los hijos de madres que padecen DPP pueden sufrir demoras en el desarrollo del lenguaje y en la cognición, al igual que problemas emocionales o de conducta, lo que incrementa su propensión a desarrollar ansiedad y depresión en la vida adulta⁽⁵⁾.

En un metaanálisis reciente se demostró que la prevalencia global de la DPP es del 17,22% y que puede alcanzar el 38,79% en países en desarrollo⁽⁴⁾, demostrando así la magnitud del problema en países como Brasil. Debido a las altas tasas y graves consecuencias de la DPP, diversos estudios han explorado los posibles factores de riesgo para su desarrollo, incluidos genéticos y ambientales⁽⁶⁾.

En los últimos años, el descubrimiento de mecanismos epigenéticos ha derivado en la necesidad de evaluar interacciones biológicas y ambientales, además de la influencia que ejercen las variables ambientales en el desarrollo de depresión⁽⁷⁻⁸⁾. Los traumas en la infancia son un poderoso factor de riesgo ambiental para la depresión. En un metaanálisis se identificó una asociación entre diferentes formas de traumas en la infancia y depresión, además de que el peso de esta asociación varía de acuerdo con el tipo de trauma⁽⁹⁾. En consecuencia, es necesario evaluar los diferentes tipos de traumas en la infancia para identificar el grado en el que pueden ser responsables de esta asociación y los efectos de su coocurrencia.

Es importante destacar que, a la fecha, se han realizado trabajos de investigación que evalúan el efecto de los traumas en la infancia y sus consecuencias durante el período prenatal en países de ingresos altos⁽¹⁰⁻¹¹⁾ o en sitios fuera de Brasil⁽¹²⁾, y que ningún estudio realizado en el contexto brasileño ha evaluado la relación entre los traumas y la DPP. El escenario de Brasil es relevante para llevar a cabo este trabajo

de investigación, puesto que representa la diversidad sociocultural y las disparidades económicas que marcan a los países latinoamericanos.

Es más, cabe investigar los efectos de los traumas en la infancia como factor de riesgo para la DPP en países de medianos y bajos ingresos como Brasil, puesto que está comprobado que dichos traumas son prevalentes en muchos de estos entornos⁽¹³⁾ y que Brasil presenta una de las estimaciones de maltrato infantil más alta del mundo⁽¹⁴⁾. En consecuencia, el objetivo de este estudio fue evaluar la asociación entre diferentes formas de traumas en la infancia y la DPP en puérperas brasileñas.

Método

Diseño del estudio, muestra y aspectos éticos

Se trató de un estudio descriptivo, transversal y analítico de enfoque cuantitativo orientado por los lineamientos establecidos en *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE). Las participantes fueron reclutadas en una maternidad pública situada en una municipalidad del interior de Goiás, región Centro-Oeste de Brasil.

Las participantes reclutadas a través de muestreo por conveniencia fueron mujeres con hijos nacidos en una maternidad pública de referencia del interior de Goiás, Brasil, durante el período de recolección de datos: del 15 de febrero al 30 de abril de 2022.

Dos profesionales de la salud invitaron a las puérperas a participar en la investigación cuando se les autorizó el alta hospitalaria, de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión: tener al menos 18 años de edad e hijos nacidos vivos. Luego de aceptar participar en la investigación, se les solicitó su número de teléfono celular para enviarles el cuestionario a través de una aplicación de mensajes. El procedimiento de recolección de datos siguió las recomendaciones indicadas en la *Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys* (CHERRIES) para garantizar la confiabilidad de los resultados. Este enfoque sistemático se aplicó en todas las fases del estudio, desde planificar el trabajo de investigación hasta el análisis de los datos. CHERRIES ofrece un marco de referencia sólido para controlar sesgos y prevenir la duplicación de datos, lo que garantiza la calidad e integridad de los resultados presentados en este artículo.

La maternidad atendió a 320 parturientas durante el período de recolección de datos; sin embargo, no fue posible entrar en contacto con 12 (3,75%) puérperas debido a errores en los números de teléfono y 50 (15,62%) mujeres respondieron menos del 20% del

instrumento, lo que no permitió analizar las variables de interés; en consecuencia, la muestra estuvo conformada por un total de 253 (79,06%) puérperas. Ninguna de las puérperas se rehusó a participar en la investigación. Las participantes respondieron el instrumento entre el segundo y el quinto día posparto.

Todas las participantes brindaron su consentimiento libre e informado antes de poder acceder a los instrumentos para recolectar los datos. Después de responder el instrumento, las puérperas recibieron información sobre la ubicación de los servicios públicos de salud mental y sus datos de contacto. No se solicitó a las embarazadas que divulgaran información personal para participar en la investigación. Los números de teléfono se recolectaron con el mero fin de identificar posibles respuestas duplicadas. Este trabajo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (Certificado de Presentación para Apreciación Ética número 29673520.5.0000.5077).

Instrumentos utilizados para recolectar los datos

La DPP se evaluó por medio de la *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS)⁽¹⁵⁾. Este instrumento fue validado y presentó propiedades psicométricas satisfactorias en el contexto de Brasil⁽¹⁶⁾. La escala consiste en 10 ítems de autoevaluación con cuatro opciones de respuesta que se puntúan de 0 a 3 según la presencia o intensidad de los síntomas; la puntuación final puede variar entre 0 y 30 puntos. La presencia de DPP se determinó con una puntuación de corte ≥ 13 , tal lo recomendado por los autores del instrumento⁽¹⁵⁾, puesto que dicho valor demostró evidencia de validez para identificar DPP en el estudio de validación⁽¹⁶⁾ dados los valores de sensibilidad (0,66) y especificidad (0,95)⁽¹⁷⁾ y según lo adoptado en contextos nacionales⁽¹⁹⁻²⁰⁾ e internacionales^(10,18). En este estudio, la medida de confiabilidad fue 0,90, y se midió con Omega de McDonald. Es importante destacar que la EPDS sirve como herramienta indicativa para evaluar la DPP, sin embargo, a fin de llegar a un diagnóstico definitivo, es esencial realizar una evaluación especializada para confirmar y validar los resultados.

Los traumas en la infancia se evaluaron utilizando el *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ)⁽²¹⁾, traducido y validado a portugués de Brasil⁽²²⁾. Las propiedades psicométricas del instrumento confirman su validez y confiabilidad en diferentes muestras brasileñas⁽²³⁾. CTQ está compuesto por 28 ítems que evalúan la experiencia relacionada con haber sufrido cinco tipos de trauma en la infancia: abuso emocional, físico y sexual, y negligencia emocional y física. Los ítems se clasificaron conforme a una escala tipo Likert de 1 (Nunca) a 5 (Muy frecuentemente).

Los resultados que se obtuvieron en el instrumento se analizaron utilizando una puntuación de trauma general calculada por medio de una variable continua, al igual que las puntuaciones continuas correspondientes a los tipos de trauma. Además, el instrumento permite categorizar participantes de acuerdo con la puntuación en cada tipo de trauma, empleando los niveles de exposición moderado o grave para definir si una puérpera presenta los diferentes tipos de trauma evaluados, tal lo recomendado por los autores del instrumento⁽²⁴⁾. Además, se utilizó la exposición a uno o más subtipos de trauma para crear una variable dicotómica que reflejó cualquier antecedente de trauma materno en la infancia. En los resultados de confiabilidad del instrumento se obtuvieron valores Omega de McDonald para la herramienta en su totalidad ($\omega=0,95$) y para las subescalas de abuso emocional ($\omega=0,88$), abuso físico ($\omega=0,86$), abuso sexual ($\omega=0,93$), negligencia emocional ($\omega=0,89$) y negligencia física ($\omega=0,58$).

Se evaluaron las siguientes variables sociodemográficas de las puérperas: edad (continua), color de piel (negra, morena, blanca, otra); área geográfica de residencia (urbana o rural), nivel de estudios (Escuela Primaria, Escuela Secundaria; Estudios Universitarios), empleo (fuera del mercado laboral o activa en el mercado laboral) e ingresos mensuales (menos de un salario mínimo, entre uno y dos salarios mínimos, o al menos tres salarios mínimos). La situación amorosa de las puérperas se analizó por medio de una pregunta relacionada con la presencia de una pareja estable (sí o no) y con el contexto de que dicha pareja viviera bajo el mismo techo (sí o no).

Las variables obstétricas y clínicas de las puérperas incluyeron controles durante el embarazo (sí o no), cantidad de partos (primípara o ≥ 2), complicaciones durante el embarazo (sí o no), tipo de parto (normal o cesárea), semanas de embarazo al momento del parto (≤ 35 semanas o ≥ 36 semanas), antecedentes de aborto espontáneo (sí o no) y antecedentes de depresión (sí o no).

Análisis de datos

La variable desenlace (DPP) se evaluó como categórica. Los datos relacionados con diferentes tipos de traumas en la infancia se analizaron con variables continuas y se los categorizó como ausentes o presentes conforme a los puntos de corte informados en el método.

Los análisis se presentan a través de la descripción de la muestra y, subsiguientemente, se realiza el análisis de asociación por medio de la prueba exacta o chi-cuadrado de Fisher entre las variables categóricas para verificar la asociación de posibles variables de confusión relacionadas

con condiciones sociodemográficas y clínicas con la DPP. El tamaño del efecto de las asociaciones significativas utilizando la prueba de chi-cuadrado se evaluó por medio de los valores estadísticos V o Phi de Cramer, dependiendo del tipo de tabla de contingencia.

La normalidad de los datos se evaluó con las pruebas Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk. A fin de analizar las variables continuas, se emplearon pruebas U de Mann-Whitney para muestras independientes con el fin de investigar el grado de diferencia presentado por las variables continuas independientes entre las mujeres padecían DPP y las que no. Se implementaron procedimientos de *bootstrapping* (1000 instancias de remuestreo; BCa con IC del 95%) para mejorar la confiabilidad de los resultados, corregir desviaciones con respecto a la normalidad de la distribución de la muestra y diferencias entre los tamaños de los grupos con y sin DPP. El tamaño del efecto de las diferencias entre ambas medias se evaluó utilizando el valor estadístico $r^{(25)}$.

Se realizaron análisis de regresión logística bivariados y multivariados para calcular los valores *odds ratio* ajustados y no ajustados, considerando presencia de DPP y con intervalos de confianza (IC) del 95%. Las variables con un nivel de significancia de $p < 0,2$ en el análisis no ajustado se sumaron a los análisis ajustados para controlar por posibles factores de confusión⁽²⁶⁾. En el modelo de regresión múltiple se introdujeron las variables significativas dentro de bloques, incluyendo las sociodemográficas en el primer bloque, las clínicas en el segundo y las relacionadas con traumas en el tercero, sobre la base de un modelo conceptual propuesto por investigadores del ámbito nacional⁽¹⁹⁾. Para crear los modelos de regresión, se analizaron los supuestos de ausencia de valores atípicos (*outliers*) y no multicolinealidad, que cumplieron con valores de inflación de varianza de 1,07 a 2,37.

Los análisis se realizaron en el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 24.

Resultados

Características de la muestra

En este estudio se evaluó una muestra compuesta por 253 puérperas que se encontraban entre el segundo y quinto día posparto, con una media de edad de 25,75 ($\pm 5,67$) años. De las puérperas evaluadas, 177 (70%) eran primíparas, 240 (94,9%) vivían en áreas urbanas, 225 (88,9%) tenían pareja estable, 207 (81,8%) vivían con su pareja y 183 (72,3%) eran de piel morena. En cuanto al nivel de estudios, más de la mitad de la muestra (142 [56,1%]) había completado la Escuela Secundaria, 141 (55,7%) estaban fuera del mercado laboral y 122 (48,2%) presentaban ingresos familiares mensuales de uno a dos salarios mínimos. Prácticamente todas las mujeres (250 [98,8%]) asistieron a controles prenatales y 200 (79,1%) no tuvieron complicaciones durante el embarazo. El tipo de parto que predominó fue la cesárea (153 [60,5%]), y la amplia mayoría (97,2%) de los nacimientos tuvo lugar después de la semana 36 de embarazo. Se observaron antecedentes de aborto espontáneo en 34 (13,4%) mujeres y 91 (36%) informaron antecedentes de depresión (Tabla 1).

En la Tabla 1 se presentan los datos relacionados con los traumas en la infancia; puede observarse que más de la mitad de las puérperas (133 [52,6%]) sufrió al menos un tipo de trauma. El trauma en la infancia más común fue abuso emocional (87 [34,4%]), seguido por negligencia emocional (68 [26,9%]), negligencia física (65 [25,7%]), abuso sexual (58 [22,9%]) y abuso físico (46 [18,2%]).

Tabla 1 – Características de la muestra y datos estadísticos descriptivos de las puérperas (n*=253). Rio Verde, GO, Brasil, 2022

Variable	Muestra (253)	% (IC95%)†
Edad – Media (DE)‡	25,75 (5,67)	
Color de piel		
Morena	183	72,3 (67,2-77,5)
Negra	18	7,1 (4-10,3)
Blanca	43	17 (12,6-21,3)
Otro	9	3,6 (1,6-5,9)
Área geográfica de residencia		
Urbana	240	94,9 (92,1-97,2)
Rural	13	5,1 (2,8-7,9)

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Variable	Muestra (253)	% (IC95%)†
Nivel de estudios		
Analfabeta	17	6,7 (3,6-9,9)
Escuela Primaria	41	16,2 (11,5-20,6)
Escuela Secundaria	142	56,1 (49,4-62,1)
Estudios Terciarios/Universitarios	53	20,9 (16,2-26,1)
Situación amorosa		
Sin pareja	28	11,1 (7,1-15)
Con pareja	225	88,9 (85-92,9)
La pareja vive bajo el mismo techo		
No	46	18,2 (13,8-22,9)
Sí	207	81,8 (77,1-86,2)
Situación de empleo		
Fuera del mercado laboral	141	55,7 (49,4-62,1)
Activa en el mercado laboral	112	44,3 (37,9-50,6)
Ingresos mensuales		
Menos de un salario mínimo (SM) [§]	109	43,1 (36,8-49,4)
1-2 SM [§]	122	48,2 (41,9-54,2)
3 o más SM [§]	22	8,7 (5,5-12,3)
Controles durante el embarazo		
No	3	1,2 (0-2,8)
Sí	250	98,8 (97,2-100)
Cantidad de partos		
Primípara	177	70 (64,4-75,5)
2 o más	76	30 (24,5-35,6)
Complicaciones durante el embarazo		
No	200	79,1 (73,9-84,2)
Sí	53	20,9 (15,8-26,1)
Tipo de parto		
Normal	100	39,5 (33,6-45,8)
Cesárea	153	60,5 (54,2-66,4)
Semanas de embarazo		
35 o menos	7	2,8 (0,8-5,1)
36 o más	246	97,2 (94,9-99,2)
Antecedentes de aborto espontáneo		
No	219	86,6 (81,8-90,5)
Sí	34	13,4 (9,5-18,2)
Antecedentes de depresión		
No	162	64 (58,5-70)
Sí	91	36 (30-41,5)
Traumas en la infancia		
Ninguno	120	47,4 (41,5-53,4)
1 o más	133	52,6 (46,6-58,5)

(continúa en la página siguiente...)

(continuacion...)

Variable	Muestra (253)	% (IC95%)†
Abuso emocional		
No	186	65,6 (59,3-71,5)
Sí	87	34,4 (28,5-40,7)
Abuso físico		
No	207	81,8 (77,1-86,6)
Sí	46	18,2 (13,4-22,9)
Abuso sexual		
No	195	77,1 (71,5-82,2)
Sí	58	22,9 (17,8-28,5)
Negligencia emocional		
No	185	73,1 (67,2-78,3)
Sí	68	26,9 (21,7-32,8)
Negligencia física		
No	188	74,3 (68,8-79,4)
Sí	62	25,7 (20,6-31,2)

*n = Muestra; †IC95% = Intervalo de confianza del 95%; ‡DE = Desviación Estándar; §SM = Salario mínimo vigente en 2022 en Brasil (R\$ 1212,00, equivalente a US\$ 214)

Depresión posparto

Un total de 93 (36,8%; 95%CI: 30,8-42,7) mujeres cumplieron los criterios correspondientes a presencia de síntomas depresivos, con puntuaciones ≥ 13 en la *Edinburgh Postpartum Depression Scale*, por lo que se las categorizó como con DPP.

En la Tabla 2 se presentan los análisis bivariados entre las variables independientes y ausencia o presencia de DPP. Realizados por medio de la prueba de chi-cuadrado, los análisis estadísticos indicaron una asociación entre DPP y color de piel ($\chi^2(3)=8,04$; $p=0,04$; V de Cramer=0,17). Las mujeres que autodeclararon pertenecer a otras etnias (asiáticas o indígenas) presentaron una asociación significativa con

DPP. También se registraron asociaciones significativas entre DPP y situación amorosa ($\chi^2(1)=3,82$; $p=0,05$; $\Phi=0,12$) y el contexto de que "la pareja viva bajo el mismo techo" ($\chi^2(1)=4,24$; $p=0,03$; $\Phi=0,12$). Además, las puérperas con antecedentes de depresión padecieron DPP en una proporción significativamente más alta ($\chi^2(1)=25,40$; $p<0,001$; $\Phi=0,31$) en comparación con las que no presentaban dichos antecedentes (57,1% vs. 25,3%) (Tabla 2).

Los análisis de regresión logística indican que el contexto de que "la pareja viva bajo el mismo techo" (OR: 1,95; IC95%: 1,02-3,73) y antecedentes previos de depresión (OR: 3,93; IC95%: 2,28-6,79) aumentaron significativamente las probabilidades de padecer DPP (Tabla 2).

Tabla 2 – Frecuencia de depresión posparto y valores *odds ratio* de acuerdo con variables sociodemográficas y clínicas entre las puérperas (n*=253). Rio Verde, GO, Brasil, 2022

Variable	Depresión posparto		OR† (IC95%)‡	p§
	No 160 (63,2)	Sí 93 (36,8)		
Edad – Media (DE)¶	26,2 (5,79)	24,9 (5,38)	1,76 (0,91-1,00)	0,06
Color de piel¶				
Morena	120 (65,6)	63 (34,4)	0,72 (0,37-1,44)	0,36
Negra	13 (72,2)	5 (27,8)	0,53 (0,16-1,77)	0,30
Blanca	25 (58,1)	18 (41,9)	Ref.**	
Otro	2 (22,2)	7 (77,8)	4,86 (0,90-26,19)	0,06
Área geográfica de residencia				
Urbana	152 (63,3)	88 (36,7)	Ref.**	
Rural	8 (61,5)	5 (38,5)	1,08 (0,34-3,40)	0,89

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Variable	Depresión posparto		OR [†] (IC95%) [‡]	p [§]
	No 160 (63,2)	Sí 93 (36,8)		
Nivel de estudios				
Analfabeta	12 (70,6)	5 (29,4)	0,96 (0,29-3,18)	0,95
Escuela Primaria	22 (53,7)	19 (46,3)	1,99 (0,85-4,66)	0,11
Escuela Secundaria	89 (62,7)	53 (37,3)	1,37 (0,69-2,71)	0,35
Estudios Terciarios/Universitarios	37 (69,8)	16 (30,2)	Ref.**	
Situación amorosa[¶]				
Sin pareja	13 (46,4)	15 (53,6)	2,17 (0,98-4,80)	0,05
Con pareja	147 (65,3)	78 (34,7)	Ref.**	
La pareja vive bajo el mismo techo[¶]				
No	23 (50)	23 (50)	1,95 (1,02-3,73)	0,04
Sí	137 (66,2)	70 (33,8)	Ref.**	
Situación de empleo				
Fuera del mercado laboral	86 (61)	55 (39)	1,24 (0,74-2,08)	0,40
Activa en el mercado laboral	74 (66,1)	38 (33,9)	Ref.**	
Ingreso mensual				
Menos de 1 SM ^{††}	64 (58,7)	45 (41,3)	1,50 (0,56-3,99)	0,41
1-2 SM ^{††}	81 (66,4)	41 (33,6)	1,08 (0,41-2,87)	0,87
3 o más SM ^{††}	15 (68,2)	7 (31,8)	Ref.**	
Controles durante el embarazo				
No	2 (66,7)	1 (33,3)	0,85 (0,07-9,60)	0,90
Sí	158 (63,2)	92 (36,8)	Ref.**	
Cantidad de partos				
Primípara	112 (63,3)	65 (36,7)	0,99 (0,57-1,73)	0,98
2 o más	48 (63,2)	28 (36,8)	Ref.**	
Complicaciones durante el embarazo				
No	129 (64,5)	71 (35,5)	Ref.**	
Sí	31 (58,5)	22 (41,5)	1,28 (0,69-2,39)	0,42
Tipo de parto				
Normal	64 (64)	36 (36)	Ref.**	
Cesárea	96 (62,7)	57 (37,3)	1,05 (0,62-1,78)	0,84
Semanas de embarazo				
35 o menos	4 (57,1)	3 (42,9)	1,30 (0,28-5,94)	0,73
36 o más	156 (63,4)	90 (36,6)	Ref.**	
Antecedentes de aborto espontáneo				
No	143 (65,3)	76 (34,7)	Ref.**	
Sí	17 (50)	17 (50)	1,88 (0,90-3,89)	0,08
Antecedentes de depresión[¶]				
No	121 (74,7)	41 (25,3)	Ref.**	
Sí	39 (42,9)	52 (57,1)	3,93 (2,28-6,79)	<0,001

*n = Muestra; [†]OR = Odds Ratio; [‡]IC95% = Intervalo de confianza del 95%; [§]p = Valor p del Odds Ratio; [¶]DE = Desviación Estándar; ^{††}Chi-cuadrado (p<0,05); **Ref. = Categoría de referencia; ^{††}SM = Salario mínimo vigente en 2022 en Brasil (R\$ 1212,00, equivalente a US\$ 214)

Asociación entre depresión posparto y traumas en la infancia

La Tabla 3 presenta diversos análisis de traumas en la infancia como variable continua a través de los valores medios de la puntuación CTQ total y los subtipos de abuso y negligencia que diferencian significativamente (<0,05) a los grupos con y sin DPP. Los tamaños de los

efectos correspondientes a los análisis fueron promedio para la puntuación CTQ total (r=0,47), abuso emocional (r=0,49) y negligencia emocional (r=0,41) y pequeños para abuso físico (r=0,29), abuso sexual (r=0,18) y negligencia física (r=0,25).

Las frecuencias de los tipos de trauma en relación con presencia de DPP se indican en la Tabla 3. En el análisis de la asociación con haber padecido al menos un

tipo de trauma ($\chi^2(1)=33,33$; $p<0,001$; $\Phi=0,36$), todos los tipos de abuso y negligencia demostraron asociaciones significativas con DPP, citando abuso emocional ($\chi^2(1)=55$; $p<0,001$; $\Phi=0,46$), abuso físico ($\chi^2(1)=16,7$; $p<0,001$; $\Phi=0,25$), abuso sexual ($\chi^2(1)=9,02$; $p=0,003$; $\Phi=0,18$), negligencia emocional ($\chi^2(1)=25$; $p<0,001$; $\Phi=0,31$) y negligencia física ($\chi^2(1)=9,10$; $p=0,003$; $\Phi=0,19$) (Tabla 3).

Los valores de *odds ratio* que se presentan en la Tabla 3 indican que, en los modelos bivariados,

las puérperas que sufrieron al menos un tipo de trauma fueron significativamente más propensas a desarrollar DPP (OR: 5,10; IC95%: 2,87-9,06; $p<0,001$). El tipo de trauma en la infancia que presentó la mayor probabilidad de desarrollar DPP fue exposición a abuso emocional (OR: 9,18; IC95%: 4,54-14,71; $p<0,001$), seguido por negligencia emocional (OR: 4,24; IC95%: 2,36-7,62; $p<0,001$), abuso físico (OR: 3,81; IC95%: 1,95-7,42; $p<0,001$), abuso sexual (OR: 2,46; IC95%: 1,35-4,47; $p=0,003$) y negligencia física (OR: 2,39; IC95%: 1,34-4,26; $p=0,003$).

Tabla 3 – Valor medio de la puntuación total y de las subescalas del *Childhood Trauma Questionnaire*, frecuencia de depresión posparto y valores *odds ratio* de acuerdo con traumas en la infancia entre las puérperas (n*=253). Rio Verde, GO, Brasil, 2022

Variable	Muestra	Depresión posparto		OR [†] (IC95%) [‡]	p [§]
		No 160 (63,2)	Sí 93 (32,8)		
Puntuación obtenida en el Childhood Trauma Questionnaire – Media (DE)	44,39 (17,87)	38,5 (14,2)	54,5 (19,1)		
Traumas en la infancia[¶]					
No	120 (47,4)	98 (61,3)	22 (23,7)	Ref.**	
Sí (1 o más)	133 (52,6)	62 (38,8)	71 (76,3)	5,10 (2,87-9,06)	<0,001
Abuso emocional[¶]					
Media (DE)	10,61 (5,36)	8,53 (3,97)	14,19 (5,56)		
No	166 (65,6)	132 (79,5)	34 (20,05)	Ref.**	
Sí	87 (34,4)	28 (32,2)	59 (67,8)	8,18 (4,54-14,71)	<0,001
Abuso físico[¶]					
Media (DE)	7,63 (3,69)	6,79 (2,80)	9,06 (4,52)		
No	207 (81,8)	143 (69,1)	64 (30,9)	Ref.**	
Sí	46 (18,2)	17 (37)	29 (63)	3,81 (1,95-7,42)	<0,001
Abuso sexual[¶]					
Media (DE)	6,98 (4,10)	6,29 (3,16)	8,16 (5,16)		
No	195 (77,1)	133 (68,2)	62 (31,8)	Ref.**	
Sí	58 (22,9)	27 (46,6)	31 (53,4)	2,46 (1,35-4,47)	0,003
Negligencia emocional[¶]					
Media (DE)	11,12 (5,69)	9,42 (5,08)	14,04 (5,54)		
No	185 (73,1)	134 (72,4)	51 (27,6)	Ref.**	
Sí	68 (26,9)	26 (38,2)	42 (61,8)	4,24 (2,36-7,62)	<0,001
Negligencia física[¶]					
Media (DE)	8,05 (3,25)	7,49 (2,99)	9,02 (3,47)		
No	188 (74,3)	129 (68,6)	59 (31,4)	Ref.**	
Sí	65 (25,7)	31 (47,7)	34 (52,3)	2,39 (1,34-4,26)	0,003

*n = Muestra; [†]OR = *Odds Ratio*; [‡]IC95% = Intervalo de confianza del 95%; [§]p = Valor p del *Odds Ratio*; ^{||}DE = Desviación Estándar; [¶]Prueba U de Mann-Whitney ($p<0,05$); **Ref. = Categoría de referencia

En los análisis de regresión logística multivariados se reveló una asociación significativa de todos los subtipos de abuso y negligencia con la DPP, después de ajustar por variables sociodemográficas y clínicas (Tabla 4). Los resultados revelan que las mujeres que sufrieron abuso emocional en la infancia fueron 6,29 veces más propensas a desarrollar DPP (OR: 6,29; IC95%: 3,39-11,67; $p < 0,001$) y que la exposición a negligencia emocional derivó en una probabilidad 3.02 mayor de padecer DPP (OR: 3,02;

IC95%: 1,60-5,69; $p < 0,001$). Abuso físico (OR: 2,91; IC95%: 1,41-6,00; $p < 0,004$), negligencia física (OR: 2,19; IC95%: 1,18-4,07; $p = 0,013$) y abuso sexual (OR: 1,97; IC95%: 1,02-3,80; $p < 0,042$) también predijeron DPP en las puérperas evaluadas.

Al introducir todos los subtipos de trauma en el modelo ajustado, el abuso emocional siguió erigiéndose como un significativo factor que predice la DPP (OR: 6,20; IC95%: 2,80-13,73; $p < 0,001$) (Tabla 4).

Tabla 4 – Valores de *odds ratio* ajustados e intervalos de confianza del 95% correspondientes a los diferentes subtipos de trauma con depresión posparto ($n^* = 253$). Rio Verde, GO, Brasil, 2022

Variable	Modelo 1 [†] ORa [‡] (IC95%) [§]	p	Modelo 2 ^{††} ORa [‡] (IC95%) [§]	p
Abuso emocional	6,29 (3,39-11,67)	<0,001	6,20 (2,80-13,72)	<0,001
Abuso físico	2,91 (1,41-6,00)	0,004	0,81 (0,31-2,12)	0,672
Abuso sexual	1,97 (1,02-3,80)	0,042	0,96 (0,42-2,20)	0,928
Negligencia emocional	3,02 (1,60-5,69)	<0,001	1,28 (0,54-3,03)	0,570
Negligencia física	2,19 (1,18-4,07)	0,013	1,01 (0,45-2,25)	0,979

*n = Muestra; [†]Modelo 1 = *Odds Ratio* ajustado por Edad, Situación amorosa, Pareja bajo el mismo techo, Antecedentes de aborto espontáneo y Antecedentes de depresión; [‡]OR_a = *Odds Ratio* ajustado; [§]IC95% = Intervalo de confianza del 95%; ^{||}p = Valor p del *Odds Ratio*; ^{††}Modelo 2 - *Odds Ratio* ajustado por Edad, Situación amorosa, Pareja bajo el mismo techo, Antecedentes de aborto espontáneo, Antecedentes de depresión y subtipos de abuso y negligencia; ^{**}Modelo 2 = R² de Nagelkerke = 0,33; Adecuación del modelo por medio de la prueba Hosmer y Lemeshow ($p = 0,97$)

Discusión

Este estudio demostró la elevada frecuencia de DPP y los traumas sufridos en la infancia entre las puérperas. Las asociaciones que se observaron entre DPP y traumas en la infancia presentan importantes implicaciones clínicas con respecto a la necesidad de verificar y tratar mujeres con DPP y se deberían analizar con vistas a concebir acciones para mejorar la salud mental de las madres.

La prevalencia de DPP en las mujeres que se observó en este estudio fue superior a la detectada en otros trabajos de investigación realizados en Brasil utilizando el mismo instrumento y punto de corte (≥ 13). En un estudio con mujeres que se encontraban en el período posparto (entre 0,1 y 12 meses) se identificó una prevalencia de DPP del 15,3%⁽¹⁹⁾. Al evaluar mujeres durante el embarazo, dos estudios realizados con embarazadas brasileñas indicaron porcentajes de mujeres con depresión prenatal del 16%⁽²⁷⁾ y 25,4%⁽²⁸⁾, valores inferiores al observado en este estudio.

Cabe destacar que la relativamente elevada prevalencia de DPP detectada en este estudio pudo haberse visto influenciada por el hecho de que el período de recolección de datos coincidió con la pandemia por la enfermedad del coronavirus (COVID-19). La literatura ha señalado peores índices de salud mental durante este período de la pandemia⁽²⁹⁾. Uno de los pocos estudios llevados a cabo en Brasil sobre la DPP durante la pandemia evaluó a

184 mujeres en el período posparto tardío (media de 56 días después del parto) e identificó una frecuencia relativa del 38,8% de la muestra con DPP empleando un punto de corte para EPDS más bajo que el aplicado en nuestro estudio (≥ 12)⁽³⁰⁾. En China, al evaluar a 209 puérperas durante la pandemia, y empleando un punto de corte para EPDS más bajo que el de nuestro estudio (≥ 10) para definir DPP, los investigadores detectaron una prevalencia de síntomas de DPP del 56,9%⁽³¹⁾, lo que indica que el problema se agravó durante la pandemia.

Nuestros hallazgos indican una significativa diferencia al comparar los valores medios de la puntuación total del cuestionario CTQ con los subtipos de traumas en la infancia entre los grupos de mujeres con y sin DPP. Además, en los análisis de regresión logística bivariados se demostró que los diferentes tipos de trauma sufridos durante la infancia fueron factores que predijeron DPP de manera significativa. En oposición a los hallazgos de nuestro estudio, el trabajo de investigación realizado con el objetivo de evaluar puérperas en Bélgica⁽³²⁾ no indicó ningún valor predictivo de traumas en la infancia para DPP, lo que caracteriza aún más la importancia de llevar a cabo estudios que evalúen esta asociación debido a las diferencias encontradas en la literatura.

Parte de los estudios publicados evaluó los traumas en la infancia con un único constructo^(10,32), sin analizar sus tipos. En este estudio evaluamos los tipos de trauma vividos en la infancia de otra manera, explorado

diferentes formas de abuso y negligencia. En este sentido, considerando las asociaciones entre traumas en la infancia y DPP, todos los subtipos de abuso y negligencia fueron factores que predijeron la DPP después de ajustar por variables sociodemográficas y clínicas.

Aunque en la literatura se sugiere una asociación positiva entre antecedentes de traumas en la infancia y subsiguientes síntomas de DPP en las madres, los estudios que han evaluado esta asociación no son concluyentes. Un estudio realizado en Alemania con mujeres hasta 16 semanas posparto descubrió asociaciones con mayor riesgo de DPP entre las que habían sufrido abuso emocional grave (OR: 8,10; IC95%: 2,22-29,51), abuso sexual grave (OR: 4,01; IC95%: 1,35-11,90), abuso físico moderado (OR: 5,92; IC95%: 1,55-22,61) y todos los grados de negligencia emocional ($2,76 \leq OR \leq 4,96$)⁽³³⁾. Sin embargo, diversos estudios publicados con anterioridad en los que se evaluó a mujeres durante el período posparto no indicaron ninguna relación directa entre diferentes tipos de traumas en la infancia y DPP⁽³⁴⁾.

Un importante hallazgo de nuestros resultados es que, después de ajustar por la coocurrencia de todos los tipos de traumas en la infancia, el abuso emocional se destacó entre los demás como la variable predictiva más significativa para DPP, donde las púerperas que sufrieron este tipo de trauma fueron 6,20 veces más propensas a padecer DPP. Este resultado se condice con los hallazgos de otro estudio, que indica mayor riesgo de DPP entre mujeres expuestas a abuso emocional en relación con las que sufrieron otros tipos de abuso⁽³⁵⁾.

En un metaanálisis reciente que evaluó la asociación entre maltrato infantil valorado con una única medida, CTQ específicamente, se demostró que el abuso y la negligencia emocional presentaron asociaciones más fuertes con la depresión en cualquier momento de la vida⁽³⁶⁾. En este contexto, nuestros hallazgos ayudan a aclarar esta asociación, particularmente en relación con síntomas depresivos en púerperas. El conocimiento actual sobre este tema sigue siendo limitado, especialmente en términos de estudios que evalúan esta asociación durante el período posparto temprano.

El abuso emocional se caracteriza como experiencias de rechazo, agresión verbal, aislamiento o burlas, y puede estar relacionado más profundamente con la internalización de síntomas y con el desarrollo de depresión en comparación con otros tipos de traumas en la infancia⁽⁹⁾. Nuestros hallazgos, en los que se demuestra que el abuso emocional presenta la asociación más fuerte con la DPP, respaldan investigaciones previas que documentan que, entre los diversos tipos de traumas en la infancia, el abuso emocional ejerce el efecto más

significativo sobre el desarrollo de trastornos depresivos a lo largo de la vida⁽³⁶⁻³⁷⁾.

Es importante destacar la elevada probabilidad de que varios traumas en la infancia se registren en forma coocurrencia⁽³⁸⁾. Los resultados de este trabajo de investigación sugieren que, combinado con la presencia de otros tipos de trauma, el abuso emocional sigue siendo un factor que predice la DPP de manera significativa.

Los hallazgos de este estudio deben analizarse en el contexto de sus limitaciones. El estudio empleó una muestra por conveniencia conformada por púerperas de una sola maternidad, lo que puede no representar las características de la población total de madres en Brasil. El diseño transversal no permite concluir relaciones causales entre las variables, y la ausencia de un diagnóstico clínico de depresión confirmado puede considerarse una limitación de este estudio. Finalmente, no se evaluó el apoyo parental ni posibles disfunciones domésticas (por ejemplo: violencia doméstica y consumo de drogas por parte de la pareja) que pudieran influenciar la DPP.

Pese a reconocer sus limitaciones, este estudio representa uno de los primeros intentos de investigar la correlación entre diversos tipos de traumas y DPP en un país de medianos ingresos. Además, tuvimos en cuenta la probable simultaneidad de los diversos tipos de maltrato infantil, lo que permitió evaluar con mayor exactitud la asociación entre los tipos de traumas en la infancia y la DPP.

Los resultados de este estudio demuestran la necesidad de que los profesionales de la salud, principalmente los enfermeros, diseñen estrategias de detección para DPP durante el embarazo, debido a que son los encargados de realizar los controles prenatales en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud. En consecuencia, creemos que los resultados de este estudio tienen el potencial de respaldar políticas de atención de la salud para las mujeres durante el período perinatal, puesto que destacan la importancia de un enfoque que enfatice la salud mental y los antecedentes de abuso sufridos en la infancia para detectar y prevenir los factores de DPP y sus consecuencias.

Además, es necesario incorporar intervenciones que incluyan grupos de apoyo para embarazadas y controles domiciliarios a través de estrategias viables y disponibles, como la Telemedicina. El objetivo de estas intervenciones es que los profesionales especializados en salud mental puedan proporcionar asistencia enfocada en las necesidades psicoemocionales de las embarazadas, principalmente en el caso de las que han sufrido traumas durante la infancia, a fin de mitigar los efectos que dichos traumas pueden causar durante el período posparto, reduciendo así los riesgos de enfermedades mentales en las madres y, en consecuencia, favoreciendo el desarrollo de un vínculo afectivo sano entre madres e hijos.

Conclusión

Los hallazgos de este estudio proporcionan sustento empírico consistente al momento de identificar la asociación entre diferentes tipos de traumas en la infancia y DPP en puérperas durante el período posparto inmediato. Los antecedentes de diferentes tipos de abuso y negligencia presentaron una asociación independiente con la DPP. En la evaluación concurrente de diferentes tipos de trauma en la infancia, el abuso emocional siguió estando asociado con la DPP.

Además de poner en riesgo la salud de las puérperas, la DPP puede ejercer un importante efecto sobre la capacidad de las madres para establecer una conexión emocional con sus recién nacidos. Por lo tanto, la asistencia ofrecida por los profesionales de la salud debería implicar comprender el estado de salud actual de las mujeres en su totalidad, considerando experiencias de la infancia que representan cierta predisposición a sufrir padecimientos mentales en esta etapa de la vida y, en consecuencia, garantizar cuidados que promuevan la salud y prevengan enfermedades.

Referencias

- Merrick MT, Ford DC, Ports KA, Guinn AS, Chen J, Klevens J, et al. Vital Signs: Estimated Proportion of Adult Health Problems Attributable to Adverse Childhood Experiences and Implications for Prevention — 25 States, 2015–2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2019;68(44):999-1005. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6844e1>
- Garon-Bissonnette J, Bolduc MEG, Lemieux R, Berthelot N. Cumulative childhood trauma and complex psychiatric symptoms in pregnant women and expecting men. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022;22(1):1-10. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04327-x>
- Choi KW, Houts R, Arseneault L, Pariante C, Sikkema KJ, Moffitt TE. Maternal Depression in the Intergenerational Transmission of Childhood Maltreatment and Psychological Sequelae: Testing Postpartum Effects in a Longitudinal Birth Cohort. *Dev Psychopathol.* 2019;31(1):143. <https://doi.org/10.1017/S0954579418000032>
- Wang Z, Liu J, Shuai H, Cai Z, Fu X, Liu Y, et al. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Transl Psychiatry.* 2021;11(1):24. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01692-1>
- Chen Q, Li W, Xiong J, Zheng X. Prevalence and Risk Factors Associated with Postpartum Depression during the COVID-19 Pandemic: A Literature Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(4):2219. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042219>
- Yu Y, Liang HF, Chen J, Li ZB, Han YS, Chen JX, et al. Postpartum Depression: Current Status and Possible Identification Using Biomarkers. *Front Psychiatry.* 2021;12:948. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.620371>
- Çankaya S, Ataş A. Factors affecting postpartum depression in Turkish women. *Arch Psychiatr Nurs.* 2022;41:74-80. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.07.024>
- Millender E, Barile JP, Bagneris JR, Harris RM, Faria L, Wong FY, et al. Associations between social determinants of health, perceived discrimination, and body mass index on symptoms of depression among young African American mothers. *Arch Psychiatr Nurs.* 2021;35(1):94-101. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.09.014>
- Humphreys KL, LeMoult J, Wear JG, Piersiak HA, Lee A, Gotlib IH. Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl.* 2020;102:104361. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104361>
- Racine N, Zumwalt K, McDonald S, Tough S, Madigan S. Perinatal depression: The role of maternal adverse childhood experiences and social support. *J Affect Disord.* 2020;263:576-81. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.030>
- Al-abri K, Edge D, Armitage CJ. Prevalence and correlates of perinatal depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2023;58(11):1581-90. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02386-9>
- Aydemir S, Onan N. The Relationship Between Maternal Self-confidence and Postpartum Depression in Primipara Mothers: A Follow-Up Study. *Community Ment Health J.* 2020;56(8):1449-56. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00588-6>
- World Health Organization. Global status report on violence against children 2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2023 Mar 17]. Available from: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/violence-prevention/global-status-report-on-violence-against-children-2020>
- International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect. ISPCAN World Perspectives on Child Abuse [Internet]. 14. ed. Aurora, CO: ISPCAN; 2021 [cited 2023 Mar 17]. Available from: <https://ispcan.org/global-reports/ispcan-world-perspectives-on-child-abuse-14th-edition/>
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression scale. *Br J Psychiatry.* 1987;150:782-6. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJD, Botelho IP, Lapolli C, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers

- from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad Saude Publica*. 2007;23(11):2577-88. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2007001100005>
17. Levis B, Negeri Z, Sun Y, Benedetti A, Thombs BD. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ*. 2020;371. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4022>
18. Çankaya S. The effect of psychosocial risk factors on postpartum depression in antenatal period: A prospective study. *Arch Psychiatr Nurs*. 2020;34(3):176-83. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.04.007>
19. Santos IS, Munhoz TN, Blumenberg C, Barcelos R, Bortolotto CC, Matijasevich A, et al. Post-partum depression: a cross-sectional study of women enrolled in a conditional cash transfer program in 30 Brazilian cities. *J Affect Disord*. 2021;281:510-6. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.042>
20. Barcelos RS, Santos IS, Matijasevich A, Anselmi L, Barros FC. Maternal depression is associated with injuries in children aged 2–4 years: the Pelotas 2004 Birth Cohort. *Inj Prev*. 2019;25(3):222. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2017-042641>
21. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abus Negl*. 2003;27(2):169-90. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00541-0)
22. Grassi-Oliveira R, Stein LM, Pezzi JC. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Rev Saude Publica*. 2006;40(2):249-55. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000200010>
23. Grassi-Oliveira R, Cogo-Moreira H, Salum GA, Brietzke E, Viola TW, Manfro GG, et al. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in Brazilian Samples of Different Age Groups: Findings from Confirmatory Factor Analysis. *PLoS One*. 2014;9(1):e87118. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087118>
24. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J. Childhood Trauma Questionnaire [Internet]. San Antonio, TX: APA; 1998 [cited 2023 Mar 17]. Available from: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F02080-000>
25. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* [Internet]. 2. ed. New York, NY: Routledge; 1988 [cited 2023 Mar 17]. Available from: <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9780203771587/statistical-power-analysis-behavioral-sciences-jacob-cohen>
26. Field A. *Discovering Statistics Using SPSS*. 4. ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2013. 915 p.
27. Coll CVN, Silveira MF, Bassani DG, Netsi E, Wehrmeister FC, Barros FC, et al. Antenatal depressive symptoms among pregnant women: Evidence from a Southern Brazilian population-based cohort study. *J Affect Disord*. 2017;209:140-6. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.11.031>
28. Bonatti AT, Roberto APDSC, Oliveira T, Jamas MT, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Do depressive symptoms among pregnant women assisted in Primary Health Care services increase the risk of prematurity and low birth weight? *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2021;29:e4932. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4932.3480>
29. Chmielewska B, Barratt I, Townsend R, Kalafat E, van der Meulen J, Gurol-Urganci I, et al. Effects of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2021;9(6):e759-72. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00079-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00079-6)
30. Galletta MAK, Oliveira AMSS, Albertini JGL, Benute GG, Peres SV, Brizot ML, et al. Postpartum depressive symptoms of Brazilian women during the COVID-19 pandemic measured by the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *J Affect Disord*. 2022;296:577-86. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.091>
31. An R, Chen X, Wu Y, Liu J, Deng C, Liu Y, et al. A survey of postpartum depression and health care needs among Chinese postpartum women during the pandemic of COVID-19. *Arch Psychiatr Nurs*. 2021;35(2):172. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.02.001>
32. Wajid A, van Zanten SV, Mughal MK, Biringer A, Austin MP, Vermeyden L, et al. Adversity in childhood and depression in pregnancy. *Arch Women's Ment Health*. 2020;23(2):169-80. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00966-4>
33. Nagl M, Lehnig F, Stepan H, Wagner B, Kersting A. Associations of childhood maltreatment with pre-pregnancy obesity and maternal postpartum mental health: A cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):1-12. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1565-4>
34. Perry A, Gordon-Smith K, Di Florio A, Fraser C, Craddock N, Jones L, et al. Adverse childhood experiences and postpartum depression in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2020;263:661-6. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.042>
35. Verdejo-Garcia A, Chong TTJ, Stout JC, Yücel M, London ED. Stages of dysfunctional decision-making in addiction. *Pharmacol Biochem Behav*. 2018;164:99-105. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2017.02.003>
36. LeMoult J, Humphreys KL, Tracy A, Hoffmeister JA, Ip E, Gotlib IH. Meta-analysis: Exposure to Early Life Stress and Risk for Depression in Childhood and Adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020;59(7):842-55. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.10.011>
37. Zhang Y, Liu J, Chen L, Yang T, Luo X, Cui X, et al. Prevalence of co-occurring severe depression and psychotic symptoms in college students and its

relationship with childhood maltreatment. *Child Abuse Negl.* 2023;146:106470. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106470>

38. Brown SM, Rienks S, McCrae JS, Watamura SE. The co-occurrence of adverse childhood experiences among children investigated for child maltreatment: A latent class analysis. *Child Abuse Negl.* 2019;87:18-27. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.11.010>

Contribución de los autores


Concepción y dibujo de la pesquisa: Elton Brás Camargo Júnior, Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato. **Obtención de datos:** Elton Brás Camargo Júnior, Ana Carolina de Sousa Andrade. **Análisis e interpretación de los datos:** Elton Brás Camargo Júnior, Ana Carolina de Sousa Andrade, Maria Neyrian de Fátima Fernandes, Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato. **Análisis estadístico:** Elton Brás Camargo Júnior, Maria Neyrian de Fátima Fernandes, Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato. **Redacción del manuscrito:** Elton Brás Camargo Júnior, Ana Carolina de Sousa Andrade, Maria Neyrian de Fátima Fernandes, Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Elton Brás Camargo Júnior, Ana Carolina de Sousa Andrade, Maria Neyrian de Fátima Fernandes, Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 17.03.2023
Aceptado: 28.01.2024

Editora Asociada:
Regina Aparecida Garcia de Lima

Autor de correspondencia:
Elton Brás Camargo Júnior
E-mail: eltonbrasjr@unirv.edu.br
 <https://orcid.org/0000-0001-5148-1703>

Copyright © 2024 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.