



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

Título:

***Análisis de la incidencia de depresión postparto
en padres con niños recién nacidos en una
muestra de la Comunidad de Madrid***

Alumno: Cristina Magán Mayoral

Director: Soledad Ferreras Mencia

Madrid, mayo de 2023

Índice

Resumen.....	4
Abstract.....	4
Presentación.....	5
Introducción.....	6
Estado de la cuestión.....	6
1. Depresión postparto.....	6
1.1. Tristeza postparto – psicosis postparto	6
2. Prevalencia mundial	7
3. Factores de riesgo.....	8
3.1. Depresión postparto y el COVID – 19.....	9
4. Síntomas	9
5. Diagnóstico	10
5.1. Escala de Montgomery – Asberg.....	11
5.2. Escala de depresión postnatal de Edimburgo.....	11
6. Posibles efectos sobre el recién nacido	13
7. Depresión postparto en el padre	14
8. Tratamiento	14
9. Papel de enfermería ante la depresión postparto.....	16
Justificación	17
Proyecto de investigación	18
1. Objetivos del estudio.....	18
2. Metodología	19
2.1. Diseño del estudio.....	19
2.2. Sujetos del estudio.....	19
2.3. Variables e instrumentos de recogida de datos	20
2.4. Procedimiento de recogida de datos.....	21

2.5. Análisis de datos	23
2.6. Fases del estudio, cronograma	23
3. Aspectos éticos	25
4. Limitaciones del estudio	26
Bibliografía	27
Anexos	31
Anexo I : Escala de Montgomery – Asberg	31
Anexo II: Cuestionario variables.....	34
Anexo III: Consentimiento informado.....	35

Resumen

Introducción: La depresión postparto ha pasado a considerarse un problema de salud pública y el padre no se ha considerado nunca parte de este problema, llegando a agravar posiblemente cada situación.

Objetivo: El objetivo del estudio es conocer la incidencia de hombres que presentan depresión postparto con hijos recién nacidos y los factores que pueden incidir en su aparición.

Metodología: Se llevaría a cabo un estudio observacional, longitudinal en diferentes centros de salud de Madrid en padres mediante dos cuestionarios separados en 6-10 meses sobre la presencia o no depresión postparto y factores que afectan en la aparición de esta.

Implicaciones Para La Práctica Enfermera: Este estudio permitiría mejorar el diagnóstico precoz de depresión postparto en hombres, ya que estos no son incluidos en las evaluaciones habituales, lo que podría llevar por tanto a un abordaje precoz y a disminuir las repercusiones en un futuro.

Palabras Clave: Depresión postparto, padres, hombres, factores asociados.

Abstract

Introduction: Postpartum depression has come to be considered a public health problem, the fathers has never considered part of this problem, possibly aggravating that situation

Objective: The objective of the study is to know the incidence of men who present postpartum depression with newborn children and the factors that may affect them

Methods: An observational and longitudinal study would be carried out in different health centers in Madrid, fathers answering two separate questionnaires in 6 – 10 months about the presence or absence of postpartum depression and the factors that affect its influence its appearance.

Implications for nursing practice: The study would improve the early diagnosis of postpartum depression in men, because these aren't included in the usual evaluations, which could lead to early diagnosis and then reduce the repercussions in the future.

Keywords: Postpartum depression, fathers, men, associate factors

Presentación

La depresión postparto es una patología que ha pasado desapercibida y sobrevalorada durante muchos años, actualmente se le ha dado más voz y debido a la cantidad de diagnósticos existentes se ha convertido en un problema de salud pública, siempre centrado en la mujer, ya que es la que presenta una mayor incidencia, pero esto puede ser debido a las escasas pruebas diagnósticas que se les realizan a los padres y por lo tanto a la falta de investigación en este aspecto. En ambos casos una falta de diagnósticos puede llevar a repercusiones futuras en el recién nacido y de ahí su gran importancia.

La decisión de realizar este trabajo fue debido a una experiencia cercana de depresión postparto no diagnosticada y mi inquietud sobre el tema, al investigar descubrí que la información acerca del padre en dicho aspecto es bastante escasa por ello creí que era buena idea buscar qué factores pueden afectar a ello, y posteriormente incluir el cuestionario como protocolo para evitar agravar los problemas.

Mi intención con la realización de este estudio es conseguir realizar un cuestionario específico para la depresión postparto paterna con el fin de realizar un diagnóstico adecuado y disminuir los problemas futuros asociados a dicha patología.

Agradecimientos

En primer lugar, me gustaría agradecer a mis padres, María Manuela Mayoral y José María Magán, por permitirme cumplir el sueño de ser enfermera y apoyarme durante todo el proceso. A mi pareja, Javier de los Reyes, que no ha dejado que me rinda en momentos difíciles y me ha apoyado durante los cuatro años.

También me gustaría agradecer a todas las personas que han formado parte del trabajo, aportándome ideas y por el tiempo empleado, fundamentalmente a mi tutora, Soledad Ferreras.

Introducción

Para la realización de este trabajo de fin de grado se han utilizado las bases de datos de revistas de investigación, scielo, dialnet, PudMed, Google académico, tesis y trabajos fin de grado utilizando diferentes términos de búsqueda.

Los términos MeSH y DeSH de búsqueda han sido: Depresión postparto, depresión postnatal, postpartum depression, hombres, fathers, man, padre, social suport, apoyo social, marital relations.

Los diferentes apartados a tratar a continuación se relacionan con el tema depresión postparto como concepto general y aquellos apartados importantes para el posterior desarrollo del estudio sobre la incidencia de casos de depresión postparto en padres con hijos recién nacidos.

A continuación, se encuentran diferentes apartados relevantes para el estudio basados en la bibliografía científica.

Estado de la cuestión

1. Depresión postparto

La depresión postparto (PPD por sus siglas en inglés) es la afección psicológica más frecuente tras el parto (Dois, 2012) que se da entre un 15% y un 20% de las mujeres que dan a luz (Solís Solano et al., 2019) considerado además como un problema de salud pública a nivel mundial debido a la gran repercusión social y cognitiva afectando a cónyuges, niños y recién nacidos; a pesar de ello muchas mujeres no han sido diagnosticadas por parte médica (González - González et al., 2019).

La depresión cursa con la presencia de estados depresivos junto con anhedonia la mayor parte del día, de manera diaria durante al menos dos semanas (Dois, 2012), por lo que la depresión postparto es aquella depresión que aparece tras el parto, puede aparecer desde el nacimiento hasta el primer año de vida del recién nacido (generalmente entre la semana seis y la semana ocho después del parto) y no siendo tratado puede perdurar durante otras etapas de la mujer y afectar a múltiples ámbitos del recién nacido (Payne & Maguire, 2019).

1.1. Tristeza postparto – psicosis postparto (Medina - Serdán, 2013)

Dos términos que tienden a confundirse con la depresión postparto sin ser considerados dentro de ella son la tristeza postparto y la psicosis postparto.

Se considera tristeza postparto o *babyblues* a la alteración del estado de ánimo que afecta la mitad de las puérperas relacionada con cambios hormonales, psicológicos o sociales, pero que cursan con intensidad y duración variable por lo que no requieren de atención médica o psicológica, ya que su duración suele ser hasta las dos o tres semanas tras el parto.

La psicosis postparto no es considerada por el DSM – V como un trastorno único, sino que se considera cualquier tipo de trastorno psiquiátrico como delirios o alucinaciones y debe señalarse que ocurre tras el parto.

2. Prevalencia mundial (Wang, Z. et al., 2021)

La prevalencia de la patología a nivel mundial varía en función del nivel económico o pobreza, la clase social, la desnutrición, el nivel de estrés, el punto de vista acerca de la salud mental y los factores biológicos y ha habido una tendencia creciente en los últimos años.

Teniendo en cuenta lo anterior, tras un estudio realizado con 172.342 mujeres con diagnóstico de depresión postparto se concluye que la media mundial de depresión postparto es de 17,22%, de manera que afectó a 1 de cada 5 mujeres, encontrando grandes diferencias a nivel geográfico donde se encuentra un gran aumento en el sur de África en relación al resto de zonas. En países occidentales, la depresión postparto es desarrollada entre un 10% y un 15%.

Según el estudio escogido, a su vez, la prevalencia es mayor en mujeres menores de 20 años, ya que desarrollar un embarazo durante la adolescencia, asume la presencia de otros múltiples factores con respecto a aquellas en la etapa adulta. Madres que presentan consumo de alcohol o tabaco, aquellas que no alimentaban con lactancia materna respecto a las que sí, que presentaran una educación final/total menor a 12 años, que se encontraran en desempleo frente a las mujeres con una situación laboral estable o aquellas que presentaban problemas económicos, mujeres cuyo parto había sido prematuro o postérmino, que el nacido presentara algún tipo de patología, que la mujer presentara algún tipo de violencia o ningún tipo de apoyo social, incluyendo aquellas que no presentaran creencias religiosas o aquellas sin pareja como principales diferencias.

Se considera una mayor prevalencia en mujeres que en hombres, ya que en la mayoría de los casos puede llegar a considerarse como motivo la transición hormonal.

3. Factores de riesgo

Aunque las causas reales se desconocen, se ha estimado diferentes factores asociados, considerándose por lo tanto como una patología multifactorial (González - González et al., 2019)

Muchos de estos factores se encuentran relacionados con los cambios hormonales producidos tras el parto ya que, durante este proceso, la mujer puede demandar una mayor atención.

Además de ello en caso de que durante el parto y/o embarazo se produzca un acontecimiento desagradable, como embarazos no buscados y/o no deseado aumentaría las posibilidades de padecerlo (Krauskopf & Valenzuela, 2020).

Sumando a las variantes comentadas en el apartado anterior, un estudio concluyó que la obesidad aumentaba en un 37% la probabilidad de desarrollar PPD (Wan Mohamed Radzi, Che Wan Jasimah Bt et al., 2021) y otros autores como Ertel KA y LaCoursiere DY, también establecieron como riesgo el haber presentado obesidad previo al embarazo (Wan Mohamed Radzi, Che Wan Jasimah Bt et al., 2021).

Otros factores relacionados pueden ser presentar o no hijos previos y abortos, esto último aumentaba la probabilidad, así como la presencia de otros estados depresivos previos al embarazo o durante este (Krauskopf, 2020), considerado un factor muy importante a la hora de establecer la PPD; así como el consumo de medicación antidepresiva durante el embarazo (González - González et al., 2019).

A su vez dicho autor tras una revisión sistemática describe la clara relación entre la PPD y genética o los factores bioquímicos (Wan Mohamed Radzi, Che Wan Jasimah Bt et al., 2021) o con el estilo de vida que presenten las madres (ejercicio, alimentación, descanso...)

Una teoría con gran peso es la ausencia de liberación de triptófano uno o dos días tras el parto (Dois, 2012); el triptófano es precursor de la serotonina, de la cual se produce un aumento tras los dos primeros días del alumbramiento como mecanismo de compensación, esto no ocurriría en las mujeres que presentan la patología.

Por otro lado, se han establecido una serie de factores asociados con la “prevención” de la PPD (disminuir el riesgo) como presentar una relación estable y agradable con la pareja, un estado de ánimo elevado o las creencias religiosas, como las más importantes (Villegas Loaiza et al., 2019) También se ha descrito un factor protector que se considera la alimentación con leche materna recomendada por la Organización Mundial de la Salud

durante dos años y exclusiva los seis primeros meses, esto generaría una disminución del cortisol y de otros factores estresante, aunque, por el contrario, la retirada brusca de esta o la corta duración se asocia con un mayor índice de depresión posparto (Loyola Ramirez, 2020) (Usmani et al., 2021). También se considera factor protector el presentar apoyo durante el postparto, así como la presencia de un acompañante en el momento del parto (Coo Calcagni et al., 2021).

3.1. Depresión postparto y el COVID – 19.

Existen pocos estudios que establezcan o consideren relación entre la depresión postparto y la presencia de la pandemia.

Un estudio realizado durante la época de aislamiento por el Covid-19 entre los meses de febrero a mayo de 2021 mediante el uso de la escala de Edimburgo, a mujeres cuyo embarazo se había desarrollado normal y contaban con una prueba positiva para el COVID – 19, reveló que un 15% de las mujeres presentaron depresión, un aumento del 3% con respecto a la información obtenida en el mismo hospital en ausencia de pandemia obteniendo dos puntos extra de media en la escala (Álvarez-Lozada & Álvarez-Lozada, 2022).

Tras la revisión sistemática de estudios observacionales se extrajo que las madres que habían presentado la infección o habían tenido algún contacto estrecho con algún infectado presentaban ansiedad y PPD asociado principalmente al miedo generado por las redes sociales, los medios de comunicación o por información de familiares y amigos concluyendo por lo tanto que aquellas mujeres que hacían un mayor uso de redes sociales eran más propensas a desarrollar la patología (Usmani et al., 2021) debido a que en muchos de los casos los medios de comunicación proporcionaban información desactualizada o sin contraste científico sin llegar a considerar el peso o la repercusión que estos pueden llegar a tener ya que un uso apropiado de estas puede permitir un uso adecuado de los centros sanitarios, conductas apropiadas y con ello la disminución de las noticias falsas (Bermejo Sánchez et al., 2020).

A su vez, por razones de aislamiento y lo que ello conlleva con la pérdida de trabajo, ausencia de citas médicas, miedo al acudir a centros hospitalarios (Usmani et al., 2021), así como que el recién nacido contrajera la enfermedad.

4. Síntomas

La depresión postparto puede detectarse mediante la observación del individuo, cuyos comportamientos suelen ir asociados de sentimiento de culpa, falta de interés, de apetito o de sueño, generando que pueda llegar a afectar a nivel físico con la presencia de otras patologías (Wan Mohamed Radzi, Che Wan Jasimah Bt et al., 2021). Las madres tienden a ocultar estos

síntomas y muchos de ellos no son identificables por los profesionales lo que dificulta su diagnóstico.

Se generan por lo tanto alteraciones a nivel psicológico como estado emocional triste, trastornos del sueño, altos niveles de cansancio, y un aumento del cortisol debido a la afectación del eje hipotálamo – hipofisario – adrenal (Tarongí Marco, 2021).

Los síntomas se hacen más notables tras el nacimiento del bebé, aunque son estos niveles altos de cortisol durante el primer trimestre lo que hace manifestar otros síntomas relacionados con la patología (Caparros-Gonzalez et al., 2017).

Debe diferenciarse de la presencia de alteraciones de la tiroides, puesto que mucha sintomatología, principalmente del hipotiroidismo, puede confundirse con la sintomatología de depresión (Santiago Sanabria et al., 2022).

5. Diagnóstico

El diagnóstico presenta ciertas limitaciones debido a la escasa implicación en los trastornos psicológicos durante el embarazo, así como que en ocasiones estos trastornos son confundidos como una mala adaptación o un proceso de adaptación a la nueva etapa y cambio de roles ya que entre un 60% 80% de las mujeres presentan lo que se conoce como tristeza postparto (Mendoza B & Saldivia, 2015), una condición que aparece entre el cuarto y décimo día tras el parto y que se encuentra asociado al cambio hormonal por lo que no es patológico y no es necesario medidas farmacológicas para erradicarlo (Medina - Serdán, 2013).

Para llevar a cabo las escalas que se muestran a continuación, las cuales sirven para el diagnóstico de la depresión postparto, es necesario que las madres se encuentren en un ambiente tranquilo en ausencia de posibles influencias y si lo precisan con la ayuda del personal sanitario (Deyanova Alyosheva et al., 2022).

El Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) actualmente en su quinta edición es el manual de psicología donde se recogen todas las patologías psicológicas.

El DSM – V establece que debe presentar los siguientes ítems (Villegas Loaza et al., 2019):

- Estado depresivo acompañado de pérdida de interés hacia actividades que producían placer.
- Debe ir acompañado de síntomas y que estos generen malestar.
- Los síntomas deben tener una duración de al menos dos semanas.
- La no presencia de criterios de exclusión.

Además de ellos tiene que presentar una serie de síntomas de duración mínima de dos semanas entre los que pueden aparecer: Anhedonia, aumento/falta de apetito y/o alteración del peso, alteración de la concentración, agitación o enlentecimiento psicomotor, baja autoestima o ideaciones suicidas.

Sumándole a lo anterior, la persona debe presentar un deterioro social o laboral y la presencia de síntomas no pueden deberse a otras patológicas, fármacos o sustancias consumidas por la paciente.

Además del DSM – V encontramos otras escalas descritas a continuación que actualmente son utilizadas para el diagnóstico de la depresión postparto siendo estas las más utilizadas.

5.1. Escala de Montgomery – Asberg (Cano et al., 2016)

Es una escala que cuenta con 10 parámetros, por cada cual se establecen 7 grados de gravedad (de 0 a 6) que se debe realizar durante la entrevista médica sobre la variación de los síntomas de depresión asociados con el tratamiento recibido, existen 4 respuestas asociadas a números (0,2,4,6) y niveles intermedios entre ellas para la posible representación entre dos opciones (1,3,5) para permitir una mayor exactitud en la respuesta.

Los resultados de la escala se darán en un intervalo entre 0 puntos y 60 puntos considerando un número mayor o igual a 35 con depresión grave, entre 20 y 34 depresión moderada, entre 7 y 19 depresión leve y menor o igual a 6, depresión en recuperación (Anexo I).

5.2. Escala de depresión postnatal de Edimburgo (EDPE)

Esta escala es utilizada en múltiples países para la detección de la depresión postparto, aunque es considerada la danesa como la más relevante por presentar una mayor sensibilidad (100%) y especificidad (80%), esta escala aborda el tema multidimensional como por ejemplo el factor de ansiedad o el factor de tristeza (Dois, 2012).

Además de ellos la EDPE mide la intensidad sintomática por ello es la más utilizada, el momento idóneo para su realización es a las ocho semanas tras el momento del parto ya que el tiempo pasado evitaría la equivocación con síntomas habituales tras el parto y siendo el periodo de mayor incidencia (Villegas Loaiza et al., 2019).

La escala es realizada por la paciente, constando de 10 preguntas con cuatro opciones de respuesta cada una y la puntuación varía de entre 0 y 3. Dentro de estas preguntas, 5 se relacionan con disforia, 2 de ellas con ansiedad, 1 con sentimiento de culpa, 1 con ideación

suicida, y 1 con dificultad de concentración. (Angelina Dois, 2012) Para una mejor comprensión de dicha escala, los datos son recogidos a continuación (Figura 1).

Se obtiene una puntuación de entre 0 y 30 puntos. Sobre la interpretación de los resultados, si cuenta con una puntuación menor a 10, no existe riesgo de PPD, entre 10 y 12 se considera límite para el desarrollo de PPD y, por último, para mayor o igual a 13, existen probabilidades para desarrollar PPD (Pérez Villegas et al., 2007).

ITEMS A EVALUAR	OPCIONES DE RESPUESTA
He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	- Tanto como siempre - No tanto - Mucho menos ahora - No, nada
He disfrutado mirar hacia delante	- Tanto como siempre - Menos que antes - Mucho menos que antes - Casi nada
Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente	- Sí, la mayor parte del tiempo - Sí, a veces - No con mucha frecuencia - No, nunca
He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo	- No, nunca - Casi nunca - Sí, a veces - Sí, con mucha frecuencia
He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	- Sí, bastante - Sí, a veces - No, no mucho - No, nunca
Las cosas me han abrumado	- Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absolutos - Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre - No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien - No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre
Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	- Sí, la mayor parte del tiempo - Sí, a veces - No con mucha frecuencia - No, nunca
Me he sentido triste o desgraciada	- Sí, la mayor parte del tiempo - Sí, bastante a menudo - No con mucha frecuencia - No, nunca
Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	- Si la mayor parte del tiempo - Sí, bastante a menudo - Sólo ocasionalmente - No, nunca

Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	- Sí, bastante a menudo - A veces - Casi nunca - Nunca
--	---

Figura 1 **Escala de Edimburgo**. Villegas Loaza, N., Paniagua Dachner, A., & Vargas Morales, J. A. (2019). Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. *Revista Médica Sinergia*, 4(7), 6. Retrieved from <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2019/rms197c.pdf>

6. Posibles efectos sobre el recién nacido (González Navarrete et al., 2021)

Uno de los estudios contrastados sobre el impacto que llegarían a presentar los hijos cuyas madres presentaban depresión (incluyendo la depresión postparto) en los años del 2010 al 2021 en Latinoamérica. La edad de las madres se encontraba comprendida entre 13 y 45 años y la de los niños entre 0 y 10 años.

La primera dificultad o diferencia a resaltar es la dificultad de cualquier tipo de interacción entre la madre y el hijo ya que esta patología afecta a la madre en el desempeño de la maternidad, esta consecuencia puede llegar a tener repercusiones durante varios años afectando, por lo tanto, al desarrollo infantil en el ámbito social, conductual, cognitivo, emocional y de la conducta (Krauskopf, 2020). Estos niños evitaban el contacto con las cuidadoras debido a la actitud retraída de la madre resaltando la importancia del primer vínculo tras el parto.

Otro aspecto que los diferencia, es el constante control que diferenciaba a las madres con síntomas depresivos frente a las que no lo presentaban impidiéndole experimentar por si solos.

Debido a los síntomas de las mujeres con depresión el ambiente familiar se consideraba más estresante por lo que los hijos crecidos en este tipo de familia son reconocidos como “temperamento difícil”.

El desarrollo motor puede verse afectado ya que este viene dado por los movimientos que se proporciona al recién nacido, debido a que las madres con dicha afectación tienen un menor contacto físico que aquellas que no lo presentan.

Se consideran diferentes mecanismos compensatorios, como la presencia del padre en situaciones de depresión postparto materna o la presencia o no de cortisol durante el embarazo, lo que puede generar cambios en dicho desarrollo. El desarrollo del habla se encuentra alterado con una menor producción de palabras en aquellos casos que la madre presentaba una sintomatología depresiva.

7. Depresión postparto en el padre

Aunque la depresión postparto materna presenta una mayor prevalencia actualmente la depresión postparto en padres también aparece, considerándose menor por la ausencia de estudios o investigación sobre el tema.

La depresión postparto en padres presenta una incidencia de entre 1,2% y el 26% y con respecto a la materna, presenta una progresión más lenta y con mayor frecuencia entre el sexto y octavo mes de vida siendo la herramienta más utilizada la escala de depresión de Edimburgo (Tarsuslu et al., 2020).

Uno de los estudios encontrados sobre revisión sistemática de estos datos durante 1996 y 2019 trata los factores que llevan al padre al desarrollo de la patología, estos son la presencia o no de empleo paterno, el estado emocional en el que se encuentre, la presencia de antecedentes en relación a la salud mental, la edad de ambos en la pareja y su relación (Wang, D. et al., 2021). A su vez, algunos padres presentaban síntomas compatibles con la depresión postparto ante la presencia de PPD de la madre y tenían pensamientos intrusivos sobre autolesión o lesión al recién nacido (Tarsuslu et al., 2020). A diferencia de la depresión materna, en el padre, otro factor predisponente es el hecho de haber presentado una experiencia adversa en la infancia como cualquier tipo de abuso, disfunción en el hogar, ausencia o fallecimiento de los padres ya que este genera apego inseguro en su vida adulta y también generar cambios a nivel hormonal en relación a la respuesta ante el estrés (Doi et al., 2022).

Para el diagnóstico de la depresión paternal no existen protocolos estandarizados, considerándose únicamente la “*Male Depression Scale*” que se encuentra en desarrollo de manera específica para este la PPD en hombres (Caparrós-González et al., 2020).

Cuyo mejor tratamiento se ha visto que es el apoyo por parte de la pareja y a nivel social, el hecho de repartir tareas para disminuir el sentimiento de aislamiento, así como la inclusión en programas de prevención que incluyan a ambos en la relación y no únicamente a uno de ellos (Caparrós-González et al., 2020).

8. Tratamiento

El tratamiento requiere de abordaje multidimensional debido a los diferentes ámbitos que esta afecta, así como su falta de diagnóstico (Villegas Loaiza et al., 2019). Y en muchas ocasiones se produzca la cronificación de la patología y sus consecuencias (Medina - Serdán, 2013).

Tras diversas discusiones y estudios, se llegó a la conclusión que la terapia farmacológica, con antidepresivos fundamentalmente, obtiene mejores resultados que las terapias no farmacológicas (Dois, 2012) en relación a los síntomas percibidos por las madres, aunque estas teorías se encuentran en disconformidad debido a los posibles efectos adversos que pueda llegar a tener el recién nacido, a pesar de que muchos de ellos establecen la no relación con los efectos sobre la leche materna, salvo el fármaco fluoxetina (Santiago Sanabria et al., 2022); por lo que se ha comprobado la eficacia a su vez de determinadas intervenciones sociales y psicológicas con un inicio precoz. Es importante tratar cada caso de manera individual en relación a antecedentes, situación actual, respuesta al tratamiento o tolerancia a él (Krauskopf & Valenzuela, 2020).

Los antidepresivos de elección son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Los antidepresivos tricíclicos se mantienen en una segunda línea de tratamiento, ya que se asocian más frecuentemente con sedación excesiva y efectos adversos anticolinérgicos (Dois, 2012).

Se considera importante proporcionar toda información sobre la medicación (dosis, efectos secundarios...) y recordar el tiempo de latencia que presentan dichos fármacos y la importancia de no abandonar el tratamiento aun en la ausencia de mejora durante este.

En relación con el tratamiento no farmacológico (abordaje social y psicológico) son consideradas terapias complementarias al tratamiento con antidepresivos, con el que se obtiene gran mejora en relación a la depresión posparto, en primer lugar, debe llevarse a cabo terapia sobre aquello con lo que se relaciona la causa, el consumo de tabaco, situación familiar... (Villegas Loaiza et al., 2019). Dentro de esta variante, se encuentra el uso del mindfulness utilizado para aliviar y prevenir síntomas ansiosos o la psicoeducación que consiste en la aceptación y afrontamientos de los cambios producidos durante el embarazo utilizando la conversación (Krauskopf, 2020).

Uno de los tratamientos más innovadores, que se encuentran en desarrollo y del que actualmente no existen referencias es la presencia de luminoterapia para disminuir esos síntomas (Krauskopf & Valenzuela, 2020).

El método canguro es uno de los métodos utilizados para disminuir los síntomas de depresión postparto en madres de bebés prematuros. En un estudio en el que se incluyó a 1950 madres elegidas al azar demostrando que este método puede llegar a disminuir significativamente el padecimiento de síntomas de depresión moderada o grave (Sinha et al., 2021).

En casos severos de depresión postparto donde se manifiesta el deseo del suicidio se han llevado a cabo terapias electroconvulsivas las cuales han demostrado ser seguras y eficaces (Krauskopf & Valenzuela, 2020).

9. Papel de enfermería ante la depresión postparto

Se considera muy importante dentro del papel de la enfermería la observación de signos de alarma hacia el paciente con un trato individualizado, con una valoración física y mental durante el embarazo para conocer el estado actual, así como alteraciones anímicas previas al momento del parto (Lirio Madejón, 2019). Enfermería, así como el resto de los profesionales, se encuentra involucrado en el diagnóstico, tratamiento, evaluación.

A su vez se considera primordial conocer el ambiente y la situación de la embarazada con el fin de identificar aquellos factores de riesgo asociados a su situación (previamente comentados) y que se encuentre relacionados con el desarrollo de la patología (Jadresic M, 2014).

Ante la sospecha de la presencia de depresión la madre deberá ser derivada a control médico o profesional de salud mental (Krauskopf & Valenzuela, 2020).

Como actividades preventivas se encuentra la educación sobre los cuidados de la madre y el recién nacido durante el embarazo lo que mejora la autoestima de la madre haciéndola más capaz y a confiar en su propia labor y permite resolver dudas o aliviar temores sobre las situaciones que surjan, disminuyendo así la falta de conocimientos (Lirio Madejón, 2019). Estas actividades pueden realizarse de manera individual o grupal.

Tras el parto es importante también centrarse en la madre (aunque el centro de atención sea el recién nacido) puesto que pueden aparecer esos indicios de alteraciones del ánimo que deben ser detectadas cuanto antes (Deyanova Alyosheva et al., 2022). Y tras ello será de suma importancia informar a la madre de aquellas conductas normales que puede adquirir el recién nacido pues esto podrá disminuir el estrés que la madre pueda llegar a generar.

Y es en la primera consulta del recién nacido donde se debe de evaluar a la madre también, pero la valoración primordial de la madre se realizará en la consulta de los dos meses con el uso de diferentes técnicas diagnósticas (Dois, 2012) por ello atención primaria es el lugar de abordaje más activo (Martín Aragón, 2020).

Una vez diagnosticada se le deberá proporcionar la información acerca de los posibles tratamientos, su manejo etc. El profesional de enfermería deberá evaluar la respuesta a dicho tratamiento una vez comenzado, así como evaluar sus capacidades para el cuidado del bebé

ya que esta patología podría llegar a producir incapacidad en la madre si no se aborda de manera adecuada.

Justificación

La depresión postparto es una patología depresiva que afecta al estado de ánimo y de tal manera puede afectar a la vida diaria de las personas, así como a la función como madre/padre y que de no ser diagnosticada o corregida a tiempo puede tener múltiples repercusiones a todos los niveles como la bibliografía científica establece.

Desde la importancia social de la depresión postparto en los últimos años debido a su incidencia, se encuentran un mayor número de estudios que la relacionan con un mayor número de factores causales para poder actuar sobre ellos. Se han buscado múltiples procesos de diagnóstico y tratamiento centrado en las mujeres.

Los hombres, en este aspecto, hasta ahora habían formado parte de aquellas “causas” de depresión postparto en mujeres y no habían sido sujetos de estudio ante posible diagnóstico de depresión postparto, esto podría agravar la situación social, afectar a las relaciones de pareja y repercutir en el desarrollo del niño en todos sus niveles, de ahí la importancia de crear una escala específica para hombres en el diagnóstico de la patología basada en las causas que establece la literatura científica, ya que durante la búsqueda bibliográfica ha sido resaltado los pocos estudios realizados en hombres sobre el tema.

El estudio observacional que se plantea mediante un cuestionario permite obtener información en aquellos pacientes con diagnóstico de depresión postparto, qué factores le han llevado al desarrollo de la misma y en qué grado están estos relacionados, a su vez, al tratarse de un estudio longitudinal permitirá comparar los resultados obtenidos al principio de la vida paternal y al cabo de 6-10 meses, ya que en este último periodo, señala la bibliografía, que es cuando mayor incidencia presentan los padres depresión postparto por lo que nos permitiría saber en qué periodo se debería realizar el cuestionario para su mejor detección.

En relación a la práctica enfermera permitiría cumplir el primer escalón de la sanidad y es la prevención, permitiendo aconsejar e informar sobre los síntomas que pueden experimentar los pacientes, la detección a tiempo y la terapia con uno o ambos progenitores cuando esto sea necesario, mejorando por tanto el desarrollo en todos los niveles del recién nacido y del bien estar de los padres.

Proyecto de investigación

1. Objetivos del estudio

El objetivo principal del estudio consiste en analizar la incidencia de depresión postparto en padres con niños recién nacidos en diferentes centros de salud de la comunidad de Madrid.

Objetivos secundarios

Analizar cuál de los factores estudiados recogidos de la literatura científica presenta mayor influencia sobre la aparición de depresión postparto en el padre.

Conocer de qué manera afecta la estructura familiar durante la infancia en el desarrollo de depresión postparto en el padre.

Analizar el grado de relación entre que el padre presente depresión si la madre la presenta.

2. Metodología

2.1. Diseño del estudio

Se trata de un estudio descriptivo, observacional realizado en cinco centros de salud de la Comunidad de Madrid (Centro de salud de Vallecas, Centro de salud de Abrantes, Centro de salud Martín de Vargas, Centro de salud Castelló y Centro de salud las Rozas – El Abajón).

Dicho estudio es realizado ante la poca información y pocos estudios existentes en la actualidad sobre la depresión postparto en padres, así como los nulos cuestionarios específicos para su diagnóstico, por lo que es necesario extrapolar el cuestionario que se realiza a las mujeres.

Se trata de un estudio longitudinal puesto que el cuestionario será realizado en la primera consulta con el enfermero (siempre que esto sea posible) y de nuevo a los 6-10 meses del bebé con el fin de conocer la variación o el desarrollo de la patología en su momento de máximo desarrollo contrastado con el estudio (Tarsuslu et al., 2020).

El estudio consta de una duración total de 1 año y 10 meses, aunque únicamente durante el primer año se realizará la recolección de nuevos participantes, y durante el resto del tiempo se dedicaría únicamente a finalizar el estudio con los segundos cuestionarios a los padres. La recogida se realizará desde el 1 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre del 2024, pero la realización de segundos cuestionarios será desde aproximadamente junio de 2024 aproximadamente octubre de 2025.

2.2. Sujetos del estudio

La población del estudio estará formada por hombres de entre 18 – 40 años cuyo hijo haya nacido en los últimos 6-10 meses. Se recogerá dicha información en los centros de salud Vallecas, de Abrantes, Martín de Vargas, barrio de Salamanca y Las Rozas.

Criterios de inclusión

- Hombres entre 18 y 40 años.
- Hombres con un hijo recién nacido.
- Hombres con diagnóstico previo de depresión postparto que, sin ser un criterio de inclusión, se considera estos como posibles sujetos de estudio, puesto que la importancia es conocer la incidencia en nuevos sujetos sin descartar aquellos que consideren superada dicha patología.

Criterios de exclusión

- Hombres con diagnóstico previo o actual de depresión, se considera este un criterio de exclusión porque podría verse afectado por otros factores un diagnóstico de depresión postparto sin ser este el motivo.
- Hombres con recién nacidos gemelos o mellizos debido a que la carga de trabajo y sentimientos de ser insuficiente son comunes y podrían alterar el estudio.
- Aquellas personas que no se identifiquen con género masculino debido a que podría afectar factores hormonales no contemplados en el estudio.

Teniendo en cuenta los centros hospitalarios de referencia en los diferentes centros de salud, y en ello los partos durante un año, se suman un total de 15.200 partos, de ellos de media un 10-20 % participará en el estudio lo que equivale a 1.520 – 3040 personas y un 5%-8% realizará el segundo cuestionario por lo que la muestra final será de aproximadamente 1000 sujetos de estudio.

2.3. Variables e instrumentos de recogida de datos

Las variables recogidas en este apartado son escogidas a través de la búsqueda bibliográfica científica citada en el estado de la cuestión, los cuales son establecidos como posibles factores predisponentes al desarrollo de la depresión postparto en hombres. A excepción de la variable de interés (depresión postparto) que será medido con la Escala de Edimburgo, las demás serán realizadas en un cuestionario elaborado (Anexo II).

- Depresión postparto: Variable cualitativa politómica. Reconocida como la variable de interés que permitirá conocer el grado de depresión mediante la Escala de Edimburgo anteriormente mencionada. La variable es medida cuantitativamente con valores de 0 a 30 a partir de los cuales se generan tres categorías: Menor de 10 puntos no existe riesgo de depresión postparto, de 11 a 12 se considera el límite para el desarrollo de la depresión postparto y a partir de 13 existe probabilidades de desarrollar depresión postparto.
- Edad: Variable cuantitativa discreta. Esta variable será recogida por la enfermera ante la primera visita del recién nacido. Serán incluidos en el estudio aquellos padres entre 18-40 años ya que se considera importante un gran rango de edad para conocer la importancia de esta en el desarrollo o no de la depresión postparto.
- Nivel de estudios: Variable cualitativa politómica. Se valorará mediante cuatro opciones de respuesta escogiendo aquella que se encuentre acorde al encuestado: No he recibido ningún tipo de formación académica, he cursado hasta ESO o EGB, he

cursado hasta Bachillerato, formación profesional media o BUP o he realizado algún grado universitario o formación profesional superior.

- Percepción del nivel económico: Variable cualitativa politómica. Será una variable subjetiva puesto que esto dependerá de lo que cada hombre considere. Se dividirá en: Considero que me encuentro en un nivel económico alto, considero que me encuentro en un nivel económico medio, considero que me encuentro en un nivel económico bajo, prefiero no contestar.
- Presencia de empleo: Variable cualitativa dicotómica. Se valorará la presencia o no de empleo en el momento del nacimiento del bebé con el fin de valorar la importancia de este en el desarrollo de la depresión postparto. Se realizará mediante dos opciones de respuesta: Actualmente me encuentro en desempleo o actualmente me encuentro con trabajo.
- Presentar una situación familiar desagradable durante la infancia: Variable cualitativa politómica. Para evaluar esta variable se realizará mediante una pregunta donde las posibles respuestas sean las siguientes: No, nunca; Sí, presencié o viví algún tipo de abuso cuando era pequeño; Sí, al menos uno de mis padres se encontraba ausente o falleció cuando era pequeño.
- Antecedentes de salud mental no depresivos: Variable cualitativa dicotómica. Se valorará con el fin de conocer su influencia en el desarrollo de la depresión postparto mediante dos opciones de respuesta: No; Sí, _____ (Se considerará importante señalar que patología)
- Diagnóstico de depresión postparto en la mujer: Variable cualitativa dicotómica. En las mujeres que han dado a luz, se le realiza la escala de Edimburgo previamente mencionada para conocer si presentan dicha patología, es por ello por lo que se conoce este factor y permitirá conocer la relación entre ello. Se valorará mediante dos opciones de respuesta: No; Sí.
- Presencia de otros hijos anteriores: Variable cualitativa politómica. Se valorará mediante una pregunta con tres opciones de respuesta, afirmando o negando la cuestión. Se considera importante conocer si presentar más de un hijo, únicamente uno o ninguno interfiere en la presencia de la PPD.

2.4. Procedimiento de recogida de datos

Para poder llevar a cabo la recogida de datos, previamente deben solicitarse los permisos pertinentes. En primer lugar, será necesario realizar un documento informativo que será enviado y debe ser leído y firmado, ya que en él se solicita el permiso, por parte de los directores de cada centro de salud, a la vez que dicho documento se enviará la información

de la recogida bibliográfica para mayor información; una vez aceptado esto, debemos solicitar los diferentes contactos, teléfono y/o correo electrónico, con el fin de ponernos en contacto con el personal de enfermería al que de nuevo se le enviará el documento informativo donde a su vez se señalarán sus funciones como participantes.

La recogida de datos se realizará mediante cuestionarios en cinco centros de salud de la comunidad de Madrid. El procedimiento se encuentra dividido en dos partes, en primer lugar, será necesario explicar a las familias en qué consiste el estudio y su aprobación para participar y una segunda que consiste en la recogida de datos a través de los cuestionarios.

En el momento de la primera visita con la enfermera (2 meses) se le explicará el estudio incluyendo en ello los objetivos, las metodologías y aquello qué vamos a evaluar, así como de recalcar la importancia de firmar el consentimiento informado (Anexo III) y de que toda la información será recogida de manera anónima y únicamente con fines científicos haciéndoles conocer también la posibilidad de la no participación. Será por lo tanto recogido y explicado por el turno de mañana y tarde del personal de enfermería. En caso de que el padre no asista a la visita, será explicado a la madre con el fin de trasladárselo al padre. Además, se deberá proporcionar el cuestionario sobre el diagnóstico de depresión utilizando el Cuestionario de Edimburgo para captar e incluir en el estudio a aquellos con riesgo de padecerla.

Una vez que se conozca el riesgo de depresión postparto y se haya aceptado y firmado el consentimiento, se procederá a realizar un primer cuestionario (Anexo II) sobre aquellas cuestiones más significativas de la depresión postparto. Tras ello será necesario la recogida de datos de nuevo 6-10 meses del bebé respondiendo ante el mismo cuestionario. Este cuestionario será enviado mediante correo electrónico a aquellos que quieran participar y cumplan los criterios de inclusión para facilitar el almacenamiento de datos.

Los centros de salud donde se llevarán a cabo serán Centro de salud de Vallecas, Centro de salud de Abrantes, Centro de salud Martín de Vargas, Centro de salud Castelló y Centro de salud las Rozas – El Abajón, esto nos permitirá conocer cómo afecta la situación socioeconómica o local al desarrollo de la patología.

En todos los centros será recogido por la enfermera de pediatría en caso de que exista, y por las enfermeras generales en caso de que no, por lo que será importante conocer que enfermeras estarían dispuestas a participar en dicho estudio y explicarles en qué consiste el estudio y su función en él, en caso de querer participar será necesario firmar la hoja de confidencialidad de datos y recibir una pequeña formación acerca de los criterios de inclusión y exclusión del estudio y la manera en la que deben llevar a cabo la recogida de la información.

2.5. Análisis de datos

Una vez obtenidos los datos de ambos cuestionarios se realizará un análisis descriptivo de frecuencias de las variables categóricas tanto de las que caracterizan la muestra como de las variables que puedan influir en la aparición de la depresión tales como los factores socioeconómicos, nivel de estudios, la presencia de depresión postparto en la mujer etc. utilizando el programa SPSS statistics 26.

Dado que todas las variables son categóricas a excepción de la variable de interés (presencia de depresión postparto), para conocer las posibles relaciones de esta con cada variable se llevará a cabo mediante diferentes pruebas chí-cuadrado.

La variable depresión medida con la escala de Edimburgo de manera cuantitativa se tomará como variable dependiente mediante un modelo de regresión múltiple para estudiar el peso de las variables que han resultado estar relacionadas y que serán tomadas como variables predictoras y conocer por lo tanto cuál de ellas presenta una relación mayor con la patología.

Tras ello se habrán obtenido los datos de aquellas variables que se relacionan con el desarrollo de la depresión postparto y el peso de cada una de ellas en su desarrollo.

2.6. Fases del estudio, cronograma

En la siguiente tabla se encuentra representado el cronograma a seguir en todo el proceso del estudio desde la búsqueda de literatura científica hasta la publicación de los datos obtenidos.

FASES	2023					2024										2025				
Meses	AGO	SEP	OCT	NOV	DC	ENE MAY	-	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DC	ENE OCT	-	NOV	DC	ENE	
Búsqueda bibliográfica sobre la depresión postparto																				
Síntesis de la información recogida y realización del estado de la cuestión																				
Búsqueda bibliográfica sobre depresión postparto en hombres																				
Establecer los sujetos de estudio, objetivos y materiales necesarios																				
Contacto con los coordinadores del centro de salud																				
Contacto con las enfermeras que van a participar																				
Reunión y formación acerca del estudio a realizar con las enfermeras																				
Recopilar sujetos de estudio con Cuestionario de Edimburgo.																				
Realizar primer cuestionario																				
Realizar segundo cuestionario																				
Análisis de los datos																				
Análisis de los resultados obtenidos																				
Publicación de los resultados obtenidos al final del estudio																				

Los tres primeros puntos del cronograma se encuentran destinados a la recopilación de literatura científica que fundamente el estudio posterior a realizar, basándose en primer lugar en la búsqueda general de información acerca de la depresión postparto, y posteriormente focalizados en la depresión postparto en padres acerca de los puntos más relevantes y tras ello centrarse en fijar cuáles serían los objetivos del estudio, realizar criterios de exclusión e inclusión etc.

Tras ello deberemos ponernos en contacto con los responsables para pedir el consentimiento de realización, así como los posibles contactos de enfermería, posteriormente ponernos en contacto con dicho personal y por último realizar una charla informativa sobre el estudio y de las funciones de enfermería durante el proceso, cómo llevarlas a cabo y recordar los aspectos éticos del estudio.

Durante los siguientes meses se llevará a cabo el estudio con el reclutamiento de sujetos de estudio y la realización de cuestionarios en los tiempos correctos. Estos cuestionarios serán anónimos y de manera telemática.

Por último, se llevaría a cabo el análisis de los datos obtenidos y de los resultados, así como darlos a conocer y si fuese pertinente tratar de llegar a una actividad para solucionar la existencia de un problema social, la depresión postparto.

3. Aspectos éticos

Será necesario para la realización del estudio, además del consentimiento por los coordinadores de los centros de salud incluidos en el mismo, la aprobación por el comité de área de salud y su correspondiente comité de ética, al que previamente se le proporcionará información sobre el estudio junto a objetivos y medios para llevar a cabo, a su vez en él se encontrarán incluidos todos los documentos relevantes (consentimiento informado, documento de confidencialidad).

Se trata de un estudio anónimo en el que es irrelevante los datos personales del participante puesto que no es necesario para la correcta realización del estudio por lo que recalcar en todo ello la necesidad de la firma del documento de confidencialidad por parte de las enfermeras, puesto que es recogido como derecho del paciente y deber, por lo tanto, del personal de enfermería según la Ley 44/2003, de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias en su artículo 5.

Según la Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación sanitaria, se establece el derecho del paciente a no participar y por lo tanto a no firmar el consentimiento informado, pero como profesionales, nos encontramos ante el deber de asegurarnos en todas sus fases de que se encuentre correctamente informado en cantidad y calidad suficiente, no se realice mediante coacción y por último que se encuentre firmado para la participación en el estudio.

Por último, el estudio será realizado siempre desde los principios de la práctica asistencial: la beneficencia y la no maleficencia, puesto que no intervendrá en el proceso asistencial habitual de los participantes y/o hijos y tendrá como objetivo la mejora de la calidad de vida futura.

4. Limitaciones del estudio

En relación a la validez interna, se trata de un estudio observacional por lo que depende de que el sujeto de estudio conteste de manera sincera y en los tiempos establecidos, teniendo en cuenta que socialmente en muchas ocasiones los hombres no pueden mostrar su vulnerabilidad, los resultados pueden encontrarse alterados.

Otra limitación podría ser la no participación suficiente de los sujetos en determinados centros de salud lo que podría alterar los resultados.

El hecho de tratarse de dos cuestionarios separados por un intervalo de tiempo de entre 6 y 10 meses, puede suponer que los sujetos abandonen, olviden o piensen que el tiempo no es importante y lo realicen en otros intervalos de tiempo, lo que se consideraría no válido.

En relación a la validez externa, en relación a la localización del estudio, no puede trasladarse a otras comunidades que puedan afectar otros factores, fundamentalmente económicos y/o ambientales. Son escogidos cinco centros de salud para intentar agrupar a la mayor cantidad de hombres posibles con el fin de que sea una muestra representativa, así como de diferentes zonas socioeconómicas para poder conocer en qué grado esto afecta.

Bibliografía

1. Álvarez-Lozada, L. A., & Álvarez-Lozada, L. A. (2022). Depresión posparto durante la pandemia de COVID-19. *Ginecología Y Obstetricia De México*, 90(1), 8-20. 10.24245/gom.v90i1.6985
2. Bermejo Sánchez, F. R., Peña Ayudante, W. R., & Espinoza Portill, E. (2020). Depresión perinatal en tiempos del COVID-19: rol de las redes sociales en Internet. *Acta Médica Peruana*, 10.35663
3. Cano, J. F., Gomez Restrepo, C., & Rondón, M. (2016). Validación en Colombia del instrumento para evaluación de la depresión Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). *Revista Colombiana De Psiquiatría*, 45(3), 146-155. 10.1016/j.rcp.2015.08.0060034-7450
4. Caparrós-González, R. A., Rodríguez-Muñoz, M. d. I. F., Caparrós-González, R. A., & Rodríguez-Muñoz, M. d. I. F. (2020). Depresión posparto paterna: visibilidad e influencia en la salud infantil. *Clínica Y Salud*, 31(3), 161-163. 10.5093/clysa2020a10
5. Caparros-Gonzalez, R. A., Romero-Gonzalez, B., Strivens-Vilchez, H., Gonzalez-Perez, R., Martinez-Augustin, O., & Peralta-Ramirez, M. I. (2017). Hair cortisol levels, psychological stress and psychopathological symptoms as predictors of postpartum depression. *PLoS ONE*, 12(8), e0182817. 10.1371/journal.pone.0182817
6. Coó Calcagni, S., Mira Olivos, A., García Valdés, M. I., Zamudio Berrocal, P., Coó Calcagni, S., Mira Olivos, A., García Valdés, M. I., & Zamudio Berrocal, P. (2021). Salud mental en madres en el período perinatal. *Andes Pediátrica*, 92(5), 724-732. 10.32641/andespediatr.v92i5.3519
7. *Depresión perinatal*. National Institute of Mental Health (NIMH). <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-perinatal>
8. Deyanova Alyosheva, N., Figueres Castel, S., García Hoyo, G., Mazón García, A., Sallan Ferrer, B. A., & Clavero Ara, L. (2022). Herramientas de detección de la depresión posparto. ▷ *RSI - Revista Sanitaria De Investigación*, <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/herramientas-de-deteccion-de-la-depresion-postparto/>
9. Doi, S., Isumi, A., & Fujiwara, T. (2022). Association of adverse childhood experiences with postpartum depression and anxiety in fathers: A prospective study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 76(1), 35-36. 10.1111/pcn.13312

10. Dois, A. (2012). Actualizaciones en depresión posparto. *Revista Cubana De Obstetricia Y Ginecología*, http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000400016&lng=es
11. González - González, A., Casado - Méndez, P. R., Molero - Segrera, M., Santos - Fonseca, R. S., & López - Sánchez, I. (2019). Factores asociados a depresión posparto. *Revista Archivo Médico De Camagüey*, 23(6) http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000600770
12. González Navarrete, A., Peña Soto, C., & Manriques Maldonado Sophia. (2021). *Revisión sistemática sobre las consecuencias que tiene en el desarrollo infantil la existencia de un trastorno depresivo en las madres* <http://repositoriodigital.ucsc.cl/bitstream/handle/25022009/2507/Tesis%20Gonz%20c3%a1lez%20-%20Manr%c3%adques%20-%20Pe%c3%b1a.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Jadresic M, E. (2014). Depresión perinatal: Detección y tratamiento. *ScienceDirect*, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014706510>
14. Krauskopf, V. (2020). *Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento | Lector mejorado de Elsevier*. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864020300183?token=D00098EBF6BD85C54F4A255A82265C3E997B76ED31956DC7CE4FC96C00FC15DAA0ADB7A7AA7EFB1CC48C17213BB5B05B&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230202180706>,
from <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864020300183?token=D00098EBF6BD85C54F4A255A82265C3E997B76ED31956DC7CE4FC96C00FC15DAA0ADB7A7AA7EFB1CC48C17213BB5B05B&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230202180706>
15. Krauskopf, V., & Valenzuela, P. (2020). Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *ScienceDirect*, 31(2) <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864020300183>
16. Lirio Madejón, J. M. (2019). *Evaluar la efectividad de las intervenciones enfermeras en el abordaje de la depresión postparto*
17. Loyola Ramirez, K. L. (2020). *LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA COMO FACTOR ASOCIADO*

DEPRESIÓN

POSTPARTO http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/6027/1/REP_MEHU_KATHERINE.LOYOLA_LACTANCIA.MATERNA.EXCLUSIVA.FACTOR.ASOCIADO.DE PRESI%c3%93N.POSTPARTO.pdf

18. Malpartida Ampudia, M. K. (2020). Depresión postparto en atención primaria. *Revista Médica Sinergia*, 5(2) <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms202e.pdf>
19. Martín Aragón, P. (2020). *DETECCIÓN DEL RIESGO Y PREVENCIÓN FRENTE A LA DEPRESIÓN POSTPARTO*. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/54181/TFG-H2466.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
20. Medina - Serdán, E. (2013). Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatología Y Reproducción Humana*, 27(3), 185-193. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300008
21. Mendoza B, C., & Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista Médica De Chile*, 143(7), 887-894. 10.4067/S0034-98872015000700010
22. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*
23. Pariente, G., Wissotzky Broder, O., Sheiner, E., Lanxner Battat, T., Mazor, E., Yaniv Salem, S., Kosef, T., & Wainstock, T. (2020). Risk for probable post-partum depression among women during the COVID-19 pandemic. *Archives of Women's Mental Health*, 23(6), 767-773. 10.1007/s00737-020-01075-3
24. Payne, J. L., & Maguire, J. (2019). *Mecanismos fisiopatológicos implicados en la depresión posparto* | Lector mejorado de Elsevier. ELSEVIER. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0091302218300748?token=8F60353C14CFFB306739460748C21E771D9097D7D531032F70189C0E7DC4160DA93F295D90362E956AEB5F6CAC3CA377&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230130165920>
25. Pérez Villegas, R., Sáez Carrillo, K., Alarcón Barra, L., Avilés Acosta, V., Braganza Ulloa, I., & Coleman Reyes, J. (2007). Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. *Revista De Obstetricia Y Ginecología De Venezuela*, 67(3), 187-191. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0048-77322007000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

26. Santiago Sanabria, L., Islas Tezpa, D., Flores Ramos, M., Santiago Sanabria, L., Islas Tezpa, D., & Flores Ramos, M. (2022). Trastornos del estado de ánimo en el postparto. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 20(2), 173-177. 10.35366/104280
27. Sinha, B., Sommerfelt, H., Ashorn, P., Mazumder, S., Taneja, S., More, D., Bahl, R., & Bhandari, N. (2021). Effect of Community-Initiated Kangaroo Mother Care on Postpartum Depressive Symptoms and Stress Among Mothers of Low-Birth-Weight Infants. *JAMA Network Open*, 4(4), e216040. 10.1001/jamanetworkopen.2021.6040
28. Solís Solano, M., Pineda Mejía, A. L., & Chacón Solano, J. (2019). Abordaje clínico y manejo de la depresión posparto. 4(6)10.31434
29. Tarongí Marco, L. (2021). *EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO HORMONAL EN LA DEPRESIÓN POSTPARTO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA*
30. Tarsuslu, B., Durat, G., & Altinkaynak, S. (2020). [Postpartum Depression in Fathers and Associated Risk Factors: A Systematic Review]. *Turk Psikiyatri Dergisi = Turkish Journal of Psychiatry*, 31(4), 280-289. 10.5080/u25084
31. Usmani, S., Greca, E., Javed, S., Sharath, M., Sarfraz, Z., Sarfraz, A., Salari, S. W., Hussaini, S. S., Mohammadi, A., Chellapuram, N., Cabrera, E., & Ferrer, G. (2021). Risk Factors for Postpartum Depression During COVID-19 Pandemic: A Systematic Literature Review. *Journal of Primary Care & Community Health*, 12, 21501327211059348. 10.1177/21501327211059348
32. Villegas Loaiza, N., Paniagua Dachner, A., & Vargas Morales, J. A. (2019). Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. *Revista Médica Sinergia*, 4(7) <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2019/rms197c.pdf>
33. Villegas Loaza, N., Paniagua Dachner, A., & Vargas Morales, J. A. (2019). Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. *Revista Médica Sinergia*, 4(7),
34. Wan Mohamed Radzi, Che Wan Jasimah Bt, Salarzadeh Jenatabadi, H., & Samsudin, N. (2021). Postpartum depression symptoms in survey-based research: a structural equation analysis. *BMC Public Health*, 21, 27. 10.1186/s12889-020-09999-2
35. Wang, D., Li, Y., Qiu, D., & Xiao, S. -. Y. (2021). Factors Influencing Paternal Postpartum Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *ScienceDirect*, 293, 21-63. 10.1016
36. Wang, Z., Liu, J., Shuai, H., Cai, Z., Fu, X., Liu, Y., Xiao, X., Zhang, W., Krabbendam, E., Liu, S., Liu, Z., Li, Z., & Yang, B. X. (2021). Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Translational Psychiatry*, 11, 543. 10.1038/s41398-021-01663-6

Anexos

Anexo I : Escala de Montgomery – Asberg

ÍTEMS	CRITERIOS OPERATIVOS DE VALORACIÓN
Tristeza Observada (Evaluar el grado de incapacidad para animarse)	0. Sin tristeza 1. 2. Parece decaído/a, pero se anima sin dificultad 3. 4. Parece triste y desgraciado/a la mayor parte del tiempo 5. 6. Parece siempre desgraciado/a. Extremadamente abatido/a
Tristeza declarada por el paciente (Evaluar la intensidad, duración en el que estado anímico se influencia por los acontecimientos)	0. Tristeza esporádica según las circunstancias 1. 2. Triste o decaído/a, pero se anima sin dificultad 3. 4. Sentimientos generalizados de tristeza o melancolía. El estado de ánimo todavía se ve influido por circunstancias externas 5. 6. Abatimiento, desdicha o tristeza continuada o invariable
Tensión interna (Evaluar la intensidad, duración y frecuencia que se busca consuelo)	0. Apacible. Sólo tensión interna pasajera 1. 2. Sentimientos ocasionales de nerviosismo y malestar indefinido 3. 4. Sentimientos continuados de tensión interna o pánico intermitente que el sujeto sólo puede dominar con alguna dificultad 5. 6. Terror o angustia tenaz. Pánico irresistible.
Sueño reducido (Evaluar el sueño)	0. Duerme como siempre 1. 2. Ligera dificultad para dormirse o sueño ligeramente reducido, sueño ligero o perturbado 3. 4. Sueño reducido o interrumpido durante al menos 2h. 5. 6. Menos de 2 ó 3 horas de sueño
Apetito reducido (Evaluar pérdida del apetito o la presencia de forzarse para comer)	0. Apetito normal o aumentado 1. 2. Apetito ligeramente reducido 3. 4. Sin apetito la comida es insípida 5. 6. Necesita persuasión para comer algo

Dificultades para concentrarse (Evaluar la intensidad, frecuencia y grado de incapacidad de resultante)	0. Ninguna dificultad para concentrarse 1. 2. Dificultades ocasionales para centrar los pensamientos 3. 4. Dificultades para concentrarse y seguir una idea que reduce la capacidad de leer o mantener una conversación 5. 6. Incapacidad de leer o mantener una conversación si no es con gran dificultad
Lasitud (Evaluar la dificultad para empezar algo o realizar las actividades diarias)	0. Casi sin dificultad para empezar algo. Sin apatía 1. 2. Dificultades para empezar actividades 3. 4. Dificultades para empezar actividades rutinarias sencillas que se llevan a cabo con esfuerzo 5. 6. Lasitud total. Incapacidad de hacer nada sin ayuda.
Incapacidad para sentir (Evaluar la reacción adecuada a las circunstancias)	0. Interés normal por el entorno y por otras personas 1. 2. Menor capacidad para disfrutar de las cosas que normalmente le interesan 3. 4. Pérdida de interés por el entorno. Pérdida de sentimientos respecto a los amigos y conocidos 5. 6. La experiencia de estar emocionalmente paralizado, incapacidad para sentir enfado, pena o placer y una total o incluso dolorosa falta de sentimientos hacia los parientes próximos y amigos
Pensamientos pesimistas (Evaluar pensamientos de inferioridad, remordimiento, culpabilidad)	0. Sin pensamientos pesimistas 1. 2. Ideas variables de fracasos, autorreproche o autodesprecio 3. 4. Autoacusaciones persistentes o ideas definidas, pero aun racionales, de culpabilidad o pecado. Cada vez más pesimista respecto al futuro 5. 6. Alucinaciones de ruina, remordimiento o pecado irredimible. Autoacusaciones que son absurdas e inquebrantables

Pensamientos suicidas	1. Disfruta de la vida o la acepta tal como viene 2. 3. Cansado de vivir. Solo pensamientos suicidas pasajeros 4. 5. Probablemente estaría mejor muerto. Los pensamientos suicidas son habituales y se considera el suicidio como una posible solución, pero sin ninguna intención o plan específico 6. 7. Planes explícitos de suicidio como se presente una oportunidad. Preparativos activos para el suicidio
----------------------------------	--

Anexo II: Cuestionario variables

EDAD:

Entre 18-24 años	Entre 25-35 años	Mayores de 36 años
------------------	------------------	--------------------

NIVEL DE ESTUDIOS:

No he recibido ningún tipo de formación académica	He cursado hasta ESO, formación profesional básica o EGB	He cursado hasta Bachillerato, formación profesional media o BUP	He realizado algún grado universitario o formación profesional superior
---	--	--	---

PERCEPCIÓN DE LA SITUACIÓN ECONÓMICA:

Considero que me encuentro en un nivel económico alto	Considero que me encuentro en un nivel económico medio	Considero que me encuentro en un nivel económico bajo	Prefiero no contestar
---	--	---	-----------------------

PRESENCIA DE EMPLEO:

Actualmente me encuentro en desempleo.	Actualmente me encuentro con trabajo
--	--------------------------------------

PRESENCIA DE UNA SITUACIÓN FAMILIAR DESAGRADABLE EN LA INFANCIA:

No, nunca	Sí, presencié o viví algún tipo de abuso cuando era pequeño	Sí, al menos uno de mis padres se encontraba ausente o falleció cuando era pequeño
-----------	---	--

ANTECEDENTES DE SALUD MENTAL:

No	Sí:
----	-----

DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN LA MUJER:

No	Sí:
----	-----

PRESENCIA DE HIJOS ANTERIORES:

No	Sí, uno.	Sí, más de uno
----	----------	----------------

Anexo III: Consentimiento informado

En el documento actual se encuentra toda la información suficiente acerca del estudio para los participantes del estudio que será realizados en el centro de salud...

Será dirigido a los sujetos de estudio, así como a los profesionales de enfermería encargadas del desarrollo del estudio y responsable de los correspondientes centros de salud.

El estudio tiene el objetivo de conocer la incidencia de hombres que presentan depresión postparto, así como los factores que pueden intervenir en su desarrollo. El estudio consistirá en la respuesta de dos cuestionarios separadas entre 6-10 meses de manera anónima y telemática.

Firmando este documento afirmo haber recibido toda la información necesaria y de la ausencia de dudas y afirmo mi participación en el estudio sobre la depresión postparto en hombres con la opción de retirarme del estudio si así lo deseo.

CENTRO DONDE SE REALIZA: _____

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FIRMA DEL ENFERMERO/A

FECHA: ____ de ____ 20__