FRANCISCO JAVIER ESPINOSA ZUÑIGA

PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO PATERNA

2025

Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

“PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO PATERNA”

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Médico General Francisco Javier Espinosa Zúñiga

Dirigido por:

M.I.M.S.P. Verónica Escorcia Reyes

REPOSITORIO INSTITUCIONAL DGBSDI-UAQ

La presente obra está bajo la licencia:
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es

CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:

Atribución — Usted debe dar crédito de manera adecuada , brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios . Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.

NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con propósitos comerciales .

SinDerivadas — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una excepción o limitación aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como publicidad, privacidad, o derechos morales pueden limitar la forma en que utilice el material.

Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina

“PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO PATERNA”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de

ESPECIALIDAD EN MÉDICINA FAMILIAR

Presenta:

Médico General Francisco Javier Espinosa Zúñiga

Dirigido por:

M.I.M.S.P. Verónica Escorcia Reyes

M.I.M.S.P. Verónica Escorcia Reyes
Presidente
Med. Esp. José Luis Loya Martínez
Secretario
Med. Esp. Ivonne Rosillo Ortiz
Vocal
Med. Esp. Erasto Carballo Santander
Suplente
Mtro. Omar Rangel Villicaña
Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Fecha de aprobación por el Consejo Universitario (mes y año).
México.

Resumen

Título: Prevalencia de la depresión posparto paterna

Introducción: Cuando un padre presenta síntomas depresivos en el periodo posparto frecuentemente se le otorga el diagnóstico de depresión posparto paterna (DPP), este trastorno puede generar complicaciones en el desarrollo conductual y cognitivo en los hijos, teniendo mucha más relevancia al ocurrir en periodos sensibles del desarrollo y/o en edades tempranas del producto. **Objetivo**: Determinar la prevalencia de la depresión posparto paterna. **Materiales y métodos**: Se realizó un estudio transversal descriptivo en pacientes masculinos derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No.6, padres de niños menores de 12 meses. El cálculo de muestra se realizó con fórmula de población finita de proporciones, n= 250. Muestreo no probabilístico por cuota. Se aplicó el Cuestionario de Depresión en Hombres (CDH), se estudiaron variables: edad, estado civil, escolaridad, ocupación, estabilidad laboral, jornada de trabajo, vivienda, nivel socieconómico, religión, embarazo planeado, edad del hijo en meses, número de hijos, antecedente de depresión materna, alcoholismo, tabaquismo, toxicomanías y tipología familiar. Este estudio se apegó a los principios éticos y requirió carta de consentimiento informado. Análisis estadístico se realizó con estadística descriptiva, promedios, porcentajes e intervalos de confianza. **Resultados:** El promedio de edad de los padres estudiados es 30.07 años, Al momento de realizar la entrevista al padre el promedio de edad del hijo fue 100.84 días, el estado civil del padre con mayor prevalencia es unión libre con 59.2% y la tipología familiar prevalente es biparental con hijos en 62.4% y la prevalencia de padres con depresión postparto es 7.6%. **Conclusiones:** La prevalencia de la Depresión Postparto Paterna es de 7.6%, un porcentaje medio comparado con la literatura mundial.

Palabras clave: depresión, posparto, paterna

Summary

Title: Prevalence of Paternal Postpartum Depression

Introduction: When a father presents with depressive symptoms in the postpartum period, he is frequently diagnosed with paternal postpartum depression (PPD). This disorder can cause complications in the behavioral and cognitive development of his children, and is even more significant when it occurs during sensitive periods of development and/or at the early ages of the child. **Objective:** To determine the prevalence of paternal postpartum depression. **Materials and methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted among male patients enrolled in Family Medicine Unit No. 6, fathers of children under 12 months of age. The sample size was calculated using a finite population proportion formula, n = 250. Non-probability quota sampling was used. The Male Depression Questionnaire (CDH) was applied, the variables studied were: age, marital status, education, occupation, job stability, work hours, housing, socioeconomic level, religion, planned pregnancy, child's age in months, number of children, history of maternal depression, alcoholism, smoking, drug addiction and family typology. This study adhered to ethical principles and required an informed consent letter. Statistical analysis was performed with descriptive statistics, means, percentages and confidence intervals. **Results:** The average age of the studied fathers was 30.07 years. At the time of the interview with the father, the average age of the child was 100.84 days, the most prevalent marital status of the father is free union with 59.2% and the prevalent family typology is two-parent with children in 62.4% and the prevalence of fathers with postpartum depression is 7.6%. **Conclusions:** The prevalence of paternal postpartum depression is 7.6%, an average percentage compared to the global literature.

Keywords: depression, postpartum, paternal

Dedicatorias

El trabajo de investigación realizado y presentado en las siguientes paginas está dedicado a todos aquellos hombres que han tenido la dicha de ser padres, quienes día con día se levantan para salir a trabajar, hacen lo posible y en ocasiones hasta lo imposible para lograr dar sustento a su familia; tratar de que no les falte nada a las personas que más aman.

Padres, que no solo darían la vida por su familia, sino que vivirían por y para ellos, estas personas quienes no fueron entrenadas para esta gran labor, no practicaron y no tienen una guía que los oriente para hacerlo de la mejor manera, para todos ellos es esto.

A todos aquellos hombres a quienes se les inculcaron ideas y costumbres erróneas, sobre la expresión de sus emociones, preocupaciones, frustraciones y desesperanzas, a quienes todo lo anterior era signo de debilidad, a todos ellos que ahora son padres, es dedicada esta investigación, encontrando un entendimiento a la emoción de ser padres, así como a la oleada de sentimientos que todo ese evento trascendental conlleva, a ustedes mi admiración y respeto.

Agradecimientos

Todos debemos saber ser agradecidos, y esto no implica repartir regalos a quienes nos ayudan sino más bien hacer que nuestro corazón se regocije cuando sin ninguna obligación alguien nos ha tendido la mano, por más mínimo que sea el apoyo que alguna persona nos brindó en un momento de la vida de manera desinteresada; sean palabras, objetos o acciones, simplemente no estaríamos aquí y no habríamos llegado tan lejos.

Por todo lo anterior me es imposible plasmar a tantas y tantas personas que me han motivado, me han tomado de la mano, impulsado y orientado mientras avanzaba en este sinuoso y maravilloso camino llamado vida. Agradezco a las personas que en mayor medida han sido guía, peldaño y soporte al realizar este proyecto de investigación:

A mi madre; Elida del Carmen Zúñiga Zuviri, quien ha sido mi mayor ejemplo y apoyo.

A toda mi familia y amigos que siempre han estado presentes para mí.

A los doctores Verónica Escorcia Reyes, José Luis Loya Martínez y Enrique Villareal Ríos quienes pacientemente me enseñaron como realizar esta gran tarea.

A todo el personal de salud que con su amabilidad me hicieron más fácil avanzar día con día.

A todos los padres que me permitieron hacerlos parte fundamental de esta investigación.

A Dios por las muchas bendiciones que me ha dado en la vida.

Índice

Contenido	Página
Resumen	I
Summary	II
Dedicatorias	III
Agradecimientos	IV
Índice	V
Índice de cuadros	VII
Abreviaturas y siglas	VIII
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
II.1 Fundamentación teórica	3
II.1.1 Depresión	3
II.1.2 Depresión postparto paterna	6
II.1.3 Epidemiología de la DPP	7
II.1.4 Fisiopatología de la DPP	8
II.1.5 Factores de riesgo de la DPP	9
II.1.6 Manifestaciones clínicas de la DPP	10
II.1.7 Diagnóstico de la DPP	11
III. Hipótesis de trabajo	11
IV. Objetivo	11
V. Material y métodos	12
V.1 Diseño de la investigación	12
V.2 Definición de la población	12
V.3 Lugar de la investigación	12
V.4 Tiempo de estudio	12
V.5 Grupos de estudio	12
V.6 Criterios de selección	12
V.7 Tamaño de la muestra	13

V.8 Técnica muestral 13
V.9 Variables estudiadas 13
V.10 Procedimiento 14
V.11 Procesamiento de datos y análisis estadístico 14
VI. Aspectos éticos 15
VII. Resultados 16
VIII. Discusión 26
IX. Conclusión 29
X. Propuestas 29
XI. Anexos 30
XII. Referencias bibliográficas 34

Índice de cuadros

Cuadro		Página
VII.1	Estado civil de los padres con hijos menores de 12 meses	17
VII.2	Escolaridad de los padres con hijos menores de 12 meses	18
VII.3	Ocupación de los padres con hijos menores de 12 meses	18
VII.4	Nivel socioeconómico de los padres con hijos menores de 12 meses	19
VII.5	Religión de los padres con hijos menores de 12 meses	20
VII.6	Tipología familiar de los padres con hijos de 12 meses	21
VII.7	Estabilidad laboral de los padres con hijos menores de 12 meses	22
VII.8	Jornada de trabajo de los padres con hijos menores de 12 meses	22
VII.9	Depresión postparto paterna en los padres con hijos menores de 12 meses	23
VII.10	Porcentaje de los padres con hijos menores de 12 meses que presentan DPP en relación con sus características sociodemográficas familiares	24
VII.11	Porcentaje de los padres con hijos menores de 12 meses que presentan DPP en relación con sus características sociodemográficas familiares	25

Abreviaturas y siglas

DPP	**Depresión postparto paterna**
CDH	Cuestionario de depresión en hombres
UMF	Unidad de medicina familiar
ENSANUT	Encuesta nacional de salud y nutrición
DSM V	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
OPS	Organización panamericana de la salud
HHA	Hipotálamo-hipofisario-adrenal
CRH	Hormona liberadora de corticotropina
DPM	Depresión postparto materna
AMAI	Asociación mexicana de agencias de inteligencia de mercado y opinión

I. Introducción

La depresión es el trastorno mental más frecuente en el mundo, en México la ENSANUT 100K del año 2020 aproximadamente 10% de los hombres y 19.5 de las mujeres han presentado esta enfermedad, se dice que es la principal causa de discapacidad con un mayor tiempo de afectación y tiempo de vida ajustado por discapacidad (Cerecedo D, 2020).

Se estima que la DPP tiene una alta prevalencia, presentándose con mayor frecuencia entre el tercer y sexto mes posteriores al parto (Molgora S, 2017). Se han realizado investigaciones de la depresión posparto materna creyendo que los síntomas depresivos son iguales en ambos padres, pero de acuerdo con investigaciones en diversos países se considera que las expresiones depresivas por parte de los hombres son distintas manifestándose como estrés, ansiedad, confusión, incertidumbre, impotencia, preocupación, miedo, frustración, entre otros (Berg R, 2022).

La DPP cada día se convierte en un problema de salud más importante con una afección familiar e infantil, se ha estimado que impacta directa y negativamente al reducir las interacciones tempranas entre padres e hijos generando una estimulación deficiente, lo que ocasiona un riesgo muy importante en el desarrollo psicomotor del mismo, además se ha descrito una correlación negativa con la satisfacción conyugal tanto materna como paterna lo cual puede ser un desencadenante de separación familiar (Duan Z, 2020).

La DPP se está convirtiendo en un problema de salud importante ya que se estima que puede afectar del 10% **al 20%** de los hombres que tienen un hijo menor de 1 año de vida e incluso un 25% de los padres de niños mayores a 1 año son afectados por esta patología, de acuerdo con algunas investigaciones es diagnosticada en 1 de cada 10 padres en el mundo (Crisol-Deza D, 2021).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta edición (DSM IV) define a la depresión posparto materna como un episodio depresivo mayor que comienza

dentro de las cuatro semanas posteriores al parto; sin embargo no existe una definición consensada de la DPP, se han realizado metaanálisis en diferentes países estimando que la depresión posparto en el padre se presenta en un lapso de hasta 12 meses posteriores al nacimiento del bebe, no se cuenta con criterios diagnósticos específicos para DPP y en México son muy escasas las investigaciones precedentes en este tema (Kim P, 2007).

Un estudio realizado en el Reino Unido refiere la importancia de comenzar a proporcionar atención a los padres de niños menores de un año, secundario al incremento de síntomas depresivos que afectan el funcionamiento de las relaciones y los lasos entre un padre y su hijo, generando en los menores un profundo impacto emocional, deteriorando su desarrollo conductual (Darwin Z, 2017).

Hoy en día la gran mayoría de los estudios sobre la DPP se han realizado en países desarrollados, analizando poblaciones mayormente caucásicas, con niveles socioeconómicos medio-alto y alto, por lo que es necesario llevar a cabo análisis poblacionales en países de Latinoamérica, donde las condiciones socioculturales son diferentes, con niveles socioeconómicos bajos, padres en edad temprana o adolescentes y adultos mayores, padres que viven en entornos no tradicionales (Kim P, 2007).

Estudios han demostrado una asociación directa entre la depresión posparto paterna y la depresión posparto materna con la presencia de deficiencias en el desarrollo psicomotor de los menores, corroborando la gran importancia que tiene el estado de salud mental del padre en el entorno familiar, problemas que desestabilizan la unión entre los mismos, generando conflictos, daños físicos y mentales, violencia intrafamiliar en múltiples formas e inclusive el suicidio, razones por las cuales es de suma importancia continuar realizando investigaciones sobre el impacto de la DPP en nuestra población (Yazdanpanahi Z, 2022).

II. Antecedentes

II.1 Depresión

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estima que aproximadamente el 5% de la población en todo el mundo presenta diagnóstico de depresión, por lo que en realidad resulta una patología muy común (Chen J, 2023).

La OMS define a la depresión como un trastorno mental emocional, frecuente y tratable, que se caracteriza por modificaciones en el estado de ánimo con presencia de síntomas mentales y somáticos, los cuales pueden ser de origen primario o secundario como resultado de enfermedades crónico-degenerativas y toxicomanías (Corea Del Cid MT, 2021).

La depresión es una enfermedad grave que se caracteriza por la presencia de una profunda tristeza que se acompaña con la disminución del interés de realizar actividades que anteriormente generaban placer en el paciente, durante más de 2 semanas *(*Membrillo A, 2021).

Se puede definir también como la percepción profundamente negativa del mundo, de nuestra autoestima y de cualquier por venir que tengamos en mente, con lo cual se genera anhedonia, un constante pensamiento negativo en nuestra vida diaria, una percepción modificada de lo que en realidad podemos hacer y un déficit de memoria (Dávila A, 2021).

Muchos estudios nos dicen que se podrían reducir los efectos negativos de la depresión tanto a corto como a largo plazo, incluso se estima que no es imposible lograr su prevención, diagnóstico temprano y tratamiento; lamentablemente, esto no se logra debido a la falta acceso a los servicios de salud mental (Cerecedo D, 2020).

En 2015 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reporto una prevalencia de depresión del 4.4% (3.6% en hombres y 5.1% en mujeres) estimando que para el año 2020

al menos un 20% de todas las personas a nivel mundial padecería un tipo de trastorno afectivo (Cerecedo D, 2020).

La OMS reporta que la depresión es la primera causa de discapacidad a nivel mundial y que hay más de 450 millones de personas en el mundo padeciéndola (Corea Del Cid MT, 2021). En México de acuerdo a la encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT) 100k llevada a cabo en noviembre y diciembre del 2020 un 15% de la población en nuestro país presenta síntomas depresivos con una prevalencia mayor en mujeres, siendo casi de 2:1 con 19.5% mujeres y 10% hombres (Cerecedo D, 2020).

La encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica (2001-2002) nos informa como resultado que aproximadamente una de cada cinco personas será diagnosticada con algún trastorno psiquiátrico antes de los 75 años, el 9.2% de la población ha presentado al menos un trastorno depresivo en la vida y que en el lapso de 1 año antes de dicha encuesta se estima una prevalencia de 4.8% (Cerecedo D, 2020).

La depresión es un trastorno cuyo origen se ve influenciado por muy diversos factores, posiblemente una tercera parte de ellos sea de origen genético y el resto principalmente dependa de toda la interacción con el medio ambiente en que se desenvuelve el individuo inclusive desde edades muy tempranas, se considera que inclusive un evento traumático ocurrido en la infancia puede generar baja autoestima e inestabilidad emocional que tiene un efecto domino a largo plazo (Dávila A, 2021).

Existen muchos factores de riesgo asociados a la depresión que podemos englobar de acuerdo con su origen como la familia, vivienda, trabajo y/o escuela, sucesos de vida como accidentes y/o experiencias generadoras de estrés, problemas de autorregulación y la falta o deficiencia de redes de apoyo (González Pineda, 2018).

De acuerdo al grupo de edad perteneciente se han encontrado diversos factores de riesgo asociados a la depresión, por ejemplo en menores de edad influyen las enfermedades congénitas y crónico-degenerativas, pacientes con alguna discapacidad y niños

procedentes de etnias indígenas, en lo que respecta a los adultos hay una muy amplia variedad de factores estudiados tales como nivel socioeconómico bajo, trastornos del sueño, alcoholismo, abuso de sustancias, duelo económico o familiar, divorcio o estado de separación marital, viudez, aislamiento social, sexo femenino, enfermedades médicas asociadas, enfermedad médica incapacitante reciente, dolor crónico, polifarmacia, deterioro cognitivo e institucionalización (Corea Del Cid MT, 2021).

Se han realizado múltiples estudios en los pacientes diagnosticados con este trastorno, determinando que su origen proviene en un 33% de los cromosomas transmitidos por nuestros padres y el otro 66% en realidad se genera a través de lo que hemos experimentado y el contacto con el entorno en el que vivimos (Dávila A, 2021).

El eje Hipotálamo-Hipofisario-Adrenal (HHA) secreta la hormona liberadora de corticotropina (CRH) en el hipotálamo, estimulando a la hipófisis para liberar la hormona adrenocorticotrópica (ACTH) cuya principal función es disminuir todo tipo de respuesta inflamatoria en nuestro cuerpo, la cual a su vez excita la corteza adrenal con el objetivo de liberar glucocorticoides (GC) al torrente sanguíneo que preparan al cuerpo para responder ante una situación de estrés y a su vez cierran el ciclo del eje HHA inhibiendo la liberación de CRH (Willner P, 2013).

En cuanto a la depresión al adulto se refiere estos presentan frecuentemente agitación, ansiedad, preocupación, quejas somáticas, disminución de la iniciativa, menor capacidad en la resolución de problemas, deterioro del autocuidado, abuso del alcohol y otras sustancias, aislamiento social, culpa excesiva, paranoia, obsesiones y compulsiones y discordia marital (Corea Del Cid MT, 2021).

Diversas teorías apuntan a que estos factores deterioran el funcionamiento de los sistemas de neurotransmisores de noradrenalina (NA), serotonina (5HT) y dopamina (DA) suprimiendo diversas funciones cognitivas en el paciente (Dávila A, 2021).

Las manifestaciones clínicas cambian con la edad siendo irritabilidad, ansiedad, problemas de comportamiento, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, quejas somáticas, hipersomnia, aumento del apetito y peso y sensibilidad extrema al rechazo (Corea Del Cid MT, 2021).

II.2 Depresión postparto paterna

Al hablar sobre acontecimientos potencialmente estresantes que ocurren durante el periodo reproductivo no podemos únicamente voltear a ver al sexo femenino; aunque bien es cierto que en torno al parto se ha descrito que la prevalencia de la depresión en general y presentaciones más graves de morbilidad psiquiátrica las podemos encontrar en las madres, esto también se pueden observar en los padres (Cerecedo D, 2020).

Pese a que en el hombre no se generan cambios a nivel fisiológico durante los periodos de gestación y puerperio se ha descrito que los padres de igual manera sufren muchos cambios psicológicos en lo que respecta al papel que representara en la familia y todo lo que ello implica (Pérez F, 2017).

Cuando un padre presenta síntomas depresivos en el periodo posparto frecuentemente se le otorga el diagnóstico de depresión posparto paterna (DPP), aunque no existe una definición universalmente aceptada de esta patología (Berg R, 2022).

La DPP se puede definir como la presencia de uno o más episodios de depresión mayor o de síntomas depresivos tales como tristeza sin la presencia de un evento de duelo, la pérdida del interés en las actividades placenteras, disminución o aumento del apetito generando consecuencias en el peso, insomnio o hipersomnia y agitación psicomotora que se presentan durante los 12 meses posteriores al nacimiento del producto (Kim P, 2007).

II.2.1 Epidemiología de la depresión posparto paterna

Estudios señalan que las herramientas usadas en el diagnóstico de depresión posparto se enfocan enteramente en la madre y otras más en la depresión en cuanto a población general, por lo que dejan de lado las variables dependientes del sexo (Berg R, 2022).

Algunos estudios nos muestran resultados con una prevalencia de DPP del 5 al 10%, este trastorno puede generar complicaciones en el desarrollo conductual y cognitivo en los hijos, teniendo mucha más relevancia al ocurrir en periodos sensibles del desarrollo y/o en edades tempranas del producto, inclusive sin que la madre sea diagnosticada con depresión (Ramchandani P, 2011).

La DPP se presenta en más del 5% de los adultos a nivel mundial siendo una de las causas más comunes de morbilidad y discapacidad, colocándola como la principal enfermedad mental, además afecta un gran porcentaje de todos los padres generando DPP que puede perdurar hasta los primeros 5 años de la paternidad (Michael B, 2023).

En la última década se ha notado un mayor interés en la investigación y un aumento de la conciencia en los sentimientos experimentados por los padres durante el posparto y por ende han buscado estrategias para el manejo de la DPP, tomando en cuenta que se presenta en uno a dos de cada diez hombres con una incidencia mundial del 15% (Malpartida M, 2020). Prevalencia variable de acuerdo con el país estudiado (Pérez F, 2017).

En nuestro país la encuesta mundial de salud mental nos arroja como resultado que los desórdenes mentales, los desórdenes neurológicos y el abuso de sustancias se encuentran entre las principales patologías con mayor discapacidad laboral, con un promedio de 27 días productivos para quienes fueron diagnosticados con algún trastorno grave de salud mental y tomando en cuenta enfermedad moderada se estima un aproximado de 7 días productivos (Cerecedo D, 2020).

II.2.2 Fisiopatología de la depresión posparto paterna

A pesar de los esfuerzos realizados hasta hoy por los diversos investigadores no se ha podido concretar una causa única y directa de la DPP, sino al contrario se observa que su desencadenante es en realidad multifactorial con diversos factores que interactúan entre sí para generar esta patología (Malpartida M, 2020).

La oxitócica es la protagonista en la creación de lasos afectivos entre las personas; incluyendo la relación padre-hijo, pero además factores como los cambios hormonales, así como de algunas áreas cerebrales y el fenómeno de la neuroplasticidad generan alteraciones fisiológicas (Sokół-Szawłowska M, 2020).

Luego de estudiar las transmisiones sinápticas de muchos padres se logró observar un patrón de estimulación y actividad neuronal en diversas áreas del cerebro tales como la corteza cerebral, el mesencéfalo y el hipotálamo, pero además también se denoto la participación de los sistemas tanto límbico como paralímbico (Sundstom I, 2017).

En algunos estudios cuyo objetivo fue observar como las acciones del bebe generaban diferentes estímulos en el cerebro de los padres se obtuvo que la amígdala (el lado “emocional” del cerebro) denota una mayor actividad en las madres y por otro lado tratándose de los padres es la corteza prefrontal medial (el cerebro “sociocognitivo”) la zona en la que más se observa actividad (Sokół-Szawłowska M, 2020).

No solo las madres sufren modificaciones hormonales durante los 9 meses que dura en promedio el embarazo y el periodo posparto de aproximadamente unos 12 meses después del mismo, los padres también se ven afectados por cambios hormonales en estas etapas tales como un incremento de la testosterona en el periodo reproductivo y presentan por igual una disminución de dicha hormona posteriormente al nacimiento del producto (Sundstom I, 2017).

II.2.3 Factores de riesgo de la depresión posparto paterna

Desafortunadamente no se ha profundizado tan ampliamente en el tema comparado con la Depresión Posparto Materna (DPM) pero en diversos estudios se han identificado algunos factores de riesgo fuera del frecuentemente citado riesgo por DPM que produce un aumento de probabilidad hasta del 50%. Además, podemos listar el periodo del tercer trimestre del embarazo, disminución de las relaciones sexuales, la deficiencia de andrógenos, asumir el papel de padre, antecedente de depresión, relación de pareja difícil, poco apoyo social, desempleo, problemas legales, embarazo no planificado de la pareja, adicciones, alcoholismo, toxicomanías, las alteraciones en el ritmo circadiano y la atención de la madre centrada en el recién nacido (Sokół-Szawłowska M, 2020).

La DPP se ha relacionado por muchos estudios con la DPM como factor de riesgo en un 24% a 50% y viceversa; además, antecedentes de trastornos mentales, rasgos de personalidad neuróticos, mala relación matrimonial, escaso apoyo social, miedo al parto, experiencia de parto negativa, cambio del modo predilecto de parto y el miedo del padre a resistir su nuevo papel (Sundstom I, 2017).

Un estudio chileno comenta que dentro de los factores de riesgo se debe considerar la edad del padre, el que este tenga un nivel de educación bajo, la falta de apoyo de la familia y de los amigos, una relación de pareja con problemas constantes y un historial personal de depresión (Pérez F, 2017).

- Edad (Sokół-Szawłowska M, 2020)
- Estado civil (Koh YW, 2014)
- Escolaridad (Shaheen NA, 2019)
- Ocupación (Shaheen NA, 2019)
- Nivel socioeconómico (Koh YW, 2014)
- Embarazo planeado (Shaheen NA, 2019)
- Número de hijos (Ramchandani P, 2011)
- Tipología familiar (Shaheen NA, 2019)

- Alcoholismo (Yazdanpanahi Z, 2022)
- Tabaquismo (Yazdanpanahi Z, 2022)
- Toxicomanía
- Diagnóstico de depresión posparto materna en los últimos 12 meses (Ramchandani P, 2011)

En un estudio realizado en Hong Kong con 619 padres de niños menores de 12 meses de edad se observó una prevalencia entre diferentes factores con la DPP, tales como: casado 98.9%, soltero 1.1%, primer hijo 67.7%, más de un hijo 32.3%, educación básica 41.9%, educación media/superior 58.1%, embarazo planeado 44.7%, embarazo no planeado 9.4% (Koh YW, 2014).

II.2.4 Manifestaciones clínicas de la depresión posparto paterna

La DPP es una patología tan importante que se ha observado su intervención en muy diversos aspectos tales como el funcionamiento familiar, el bienestar de los integrantes de la familia, la satisfacción marital, el desarrollo neurológico del niño, mayores dificultades en la conducta alimentaria, dificultades en la relación padre-hijo, problemas emocionales y de comportamiento en mayores de 3 años, bajo funcionamiento psicosocial y depresión en la adultez temprana e inclusive la economía de países industrializados (Pérez F, 2017).

En cuanto al cuadro clínico se debe considerar que aunque se intente estandarizar una definición de depresión para ambos sexos esta patología no se presenta de la misma forma en las madres y los padres, siendo en estos últimos modificada probablemente por los estereotipos propios de la sociedad en que se desenvuelve el paciente que constantemente le hacen parecer que son signos de debilidad, podemos mencionar algunos signos y síntomas tales como irritabilidad, impulsividad, conductas de riesgo, abuso de sustancias (incluso si el padre lo ve como una “salida”), retraimiento social, disminución de resistencia al estrés, minimizar su estado mental, impotencia, miedo, frustración, preocupación por el futuro, miedo con somatización, agotamiento y tristeza (Sokół-Szawłowska M, 2020).

II.2.5 Diagnóstico de la depresión posparto paterna

Para la valoración se utiliza el Cuestionario de Depresión en Hombres (CDH) diseñado en Colombia por Álvarez y Londoño (2012) que consta de 40 ítems teniendo como opciones de respuesta la escala de Likert, cuya medición se basa en síntomas que presentan característicamente los hombres con diagnóstico de depresión. Se realizó una distribución de cortes del puntaje considerando el resultado de los ítems en:

- 1-28 sin depresión
- 29-34 depresión leve
- 35-40 depresión moderada
- Mayor a 41 depresión grave

La confiabilidad obtenida fue en cuanto al índice de evaluación de 0.87 a 0.90 con un nivel de separación de 2.61, al verificar las 6 dimensiones evaluadas por la escala se encontró una confiabilidad de 0.85 autoimagen negativa, 0.93 ideación suicida, 0.87 pobre imagen social, 0.94 afecto negativo, 0.80 desesperanza y 0.75 evitación, en lo que respecta a la validez se usó la escala de Pearson siendo los resultados de 0.813 con un $p <= 0.001$ de manera general y de 0.733 con un $p<= 0.001$ entre las 4 escalas individuales (Londoño C, 2016) (Londoño C, 2014).

III Hipótesis de trabajo

Ho: La prevalencia de la depresión posparto paterna es igual o menor del 20%

Ha: La prevalencia de la depresión posparto paterna es mayor del 20%

IV Objetivo

- Determinar la prevalencia de la depresión posparto paterna.

V Material y métodos

a) Diseño de la investigación:

Estudio transversal descriptivo

b) Definición de la población:

Pacientes masculinos mayores de 18 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 6, San Juan del Rio, Querétaro.

c) Lugar de la investigación:

Unidad de Medicina Familiar número 6, San Juan del Rio, Querétaro.

d) Tiempo de estudio:

Se realizó durante los 6 meses posteriores a la autorización del comité local de ética e investigación.

e) Grupos de estudio

Se estudió un solo grupo de pacientes masculinos mayores de 18 años

f) Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Pacientes que aceptaron participar en el estudio con firma de carta de consentimiento informado
- Pacientes masculinos mayores de 18 años que sean padres de uno o más hijos menores de 12 meses.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico previo de depresión, trastorno bipolar, ansiedad y otros trastornos depresivos.

Criterios de eliminación

- Encuestas incompletas

g) Tamaño de muestra

Se utilizó la fórmula de población finita de proporciones:

$$n= \frac{(Z_\alpha + Z_\beta)^2 pqN}{(N-1)d^2 + (Z_\alpha + Z_\beta)^2 pq}$$

Donde:

$Z\alpha$	Nivel de confianza: 95% con una zona de rechazo=1.64
$Z\beta$	Poder de la prueba: 80%=0.842
p	Prevalencia del fenómeno en el grupo 1=0.20
q	1 – p =0.80
N	Total de la población de la cual se va a extraer la muestra= 28186
d^2	Corresponde al margen de error = 0.05

n= 171

Se trabajó con 250 pacientes.

h) Técnica muestral

Se utilizó técnica muestral no probabilístico. Muestreo por cuota.

g) Variables estudiadas

Se analizaron variables de perfil social (edad, estado civil, escolaridad, ocupación, religión perfil económico (nivel socioeconómico, estabilidad laboral, jornada laboral, vivienda), perfil familiar (embarazo planeado, número de hijos, edad del menor, tipo de

familia), perfil toxicológico (tabaquismo, alcoholismo, toxicomanías) y perfil depresivo (depresión postparto materna y DPP).

i) Procedimiento

Posterior a la aceptación del comité de Ética e Investigación, se procedió a solicitar la aprobación a las autoridades correspondientes de la Unidad de Medicina Familiar No.6 de San Juan del Rio, Querétaro, para realizar la investigación.

Se acudió a la sala de espera de la Unidad de Medicina Familiar número 6 y realizó la selección de los pacientes que participaron en el estudio, que cumplieron con los criterios de inclusión.

1. Se realizó la explicación del proyecto de investigación y posterior a la aceptación del paciente se procedió a la firma del consentimiento informado.
2. Se realizó el llenado del instrumento de recolección de datos.
3. Se realizó la aplicación del instrumento AMAI.
4. Se realizó la aplicación del Cuestionario de Depresión en Hombres (CDH)

El llenado de los datos se realizó por el investigador posterior al interrogatorio dirigido del paciente en un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos. La información obtenida fue capturada en una base de datos y posteriormente analizada.

j) Procesamiento de datos y análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó con estadística descriptiva, promedios, porcentajes e intervalos de confianza.

VI Aspectos éticos:

Este estudio se apegó a los principios enunciados en la declaración de la Asociación Médica Mundial de Helsinki de 1964 y su revisión en la Asamblea de Fortaleza, Brasil, en 2013. En el cual se establecen los principios éticos para la investigación médica en humanos, incluido la investigación de material humano y de información, que requiere consentimiento informado de los participantes, garantizando la confidencialidad de los resultados, así como la utilización de los mismos solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio de investigación.

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en su última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 01 de septiembre de 2011, en su Título segundo, capítulo I, Artículo 17, sección I:

Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en **exámenes físicos o psicológicos** de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduos y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros.

Este proyecto requirió carta de consentimiento informado, ya que la información se obtuvo directamente de los pacientes que accedieron a participar. Por lo que se les solicito firma de aceptación en la carta de consentimiento informado.

Debido al contacto directo con el paciente en relación a su salud emocional se tenía el riesgo de presentar labilidad emocional, tristeza, llanto, nostalgia, además de la percepción de pérdida de tiempo.

Para establecer la confidencialidad del paciente, no se utilizaron datos de identificación del paciente y se diferenciaron los cuestionarios utilizados a través de un número de folio.

La aplicación se realizó en un lugar asignado en la UMF 6, con la privacidad, ventilación e iluminación correctas. Durante la entrevista solo estuvo presente el entrevistador y el paciente.

Los cuestionarios realizados se resguardaron en el área de educación de la Unidad de Medicina Familiar No. 6, a los cuales sólo tenían acceso los investigadores. Se resguardarán por un lapso de 5 años.

Al llevar a cabo esta investigación se pretendió obtener como beneficio la identificación de depresión posparto en hombres, todo paciente identificado, y si así lo deseo se le explicaron sus resultados y fue referido con su Médico Familiar para dar continuidad y referencia a segundo nivel, así como Trabajo Social. Se le proporciono un tríptico de salud mental y se agradeció su participación.

VII Resultados

De 250 padres con hijos menores de 12 meses, el promedio de edad es 30.07 años (IC 95%; 29.27-30.88), con una edad mínima de 18 y máximo de 57 años.

La edad promedio de los hijos es de 100.84 días (IC 95%; 87.7-113.9), que van desde 2 días a 330 días de nacido.

El número de hijos de cada padre, cuya media es de 1.85 (IC 95%; 1.7-1.9) con un mínimo de 1 hasta un máximo de 7 hijos.

En cuanto al estado civil del padre con mayor prevalencia es unión libre con 59.2% (IC 95%; 53.1-65.3) y la tipología familiar prevalente es biparental con hijos en 62.4% (IC 95%; 56.4-68.4).

Referente al estado civil de los padres, unión libre es la de mayor prevalencia en 59.2% (IC 95%; 53.1-65.3) seguida de casado con 36.8% (IC 95%; 30.8-42.8). El resto de la información se presenta en el Cuadro 1.

Cuadro 1.- Estado civil de los padres con hijos menores de 12 meses.

n =250

Estado Civil	**Porcentaje**	**IC 95%**	
		Inferior	***Superior***
Casado	36.8	30.8	42.8
Soltero	2.0	0.3	3.7
Unión libre	59.2	53.1	65.3
Viudo	0.4	0	1.2
Divorciado	1.6	0	3.2

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos “Prevalencia de la depresión postparto paterna”

En lo que respecta a la escolaridad de los padres sobresale secundaria con 40.4% (IC 95%; 34.3-46.5) seguido de bachillerato en 32.4% (IC 95%; 26.6-38.2). Cuadro 2.

Cuadro 2.- Escolaridad de los padres con hijos menores de 12 meses.

n =250

Escolaridad	**Porcentaje**	**IC 95%**	
		Inferior	***Superior***
Analfabeta	0.4	0	1.2
Primaria	6.0	3.1	8.9
Secundaria	40.4	34.3	46.5
Bachillerato	32.4	26.6	38.2
Licenciatura/Ingeniería	19.2	14.3	24.1
Posgrado	1.6	0	3.2

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos “Prevalencia de la depresión postparto paterna”

En lo que concierne a la ocupación la mayoría son empleado con 68.8% (IC 95%; 63.1-74.5) y conductor en 7.2% (IC 95%; 4.0-10.4). El resto de la información se presenta en el cuadro 3.

Cuadro 3.- Ocupación de los padres con hijos menores de 12 meses.

n =250

Ocupación	**Porcentaje**	**IC 95%**

		Inferior	*Superior*
Empleado	68.8	63.1	74.5
Conductor	7.2	4.0	10.4
Agricultor	1.6	0	3.2
Profesor	0.4	0	1.2
Comerciante	5.2	2.4	8.0
Desempleado	2.0	0.3	3.7
Otro	14.8	10.4	19.2

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos “Prevalencia de la depresión postparto paterna”

El nivel socioeconómico de los padres con hijos menores de 12 meses los resultados son muy similares siendo C- el que presenta una mayor prevalencia con 22.8% (IC 95%; 17.6-28.0). El resto de la información se presenta en el cuadro 4.

Cuadro 4.- Nivel socioeconómico de los padres con hijos menores de 12 meses.

n =250

Nivel socioeconómico	**Porcentaje**	**IC 95%**	
		Inferior	***Superior***
A/B	12.0	8.0	16.0
C+	22.4	17.2	27.6
C	22.0	16.9	27.1
C-	22.8	17.6	28.0
D+	13.2	9.0	17.4
D	7.6	4.3	10.9
E	0	0	0

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos “Prevalencia de la depresión postparto paterna”

Referente a la religión profesada por los padres, la católica tiene mayor porcentaje con 84.4% (IC 95%; 79.9-88.9) seguida de cristiana y sin religión ambas con 7.2% (IC 95%; 4.0-10.4). El resto de la información se presenta en el cuadro 5.

Cuadro 5.- Religión de los padres con hijos menores de 12 meses.

n =250

Religión	**Porcentaje**	**IC 95%**	
		Inferior	***Superior***
Católico	84.4	79.9	88.9
Cristiano	7.2	4.0	10.4
Testigo de Jehová	0.8	0	1.9
Sin religión	7.2	4.0	10.4
Otro	0.4	0	1.2

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos “Prevalencia de la depresión postparto paterna”

De los padres con hijos menores de 12 meses el 65.6% (IC 95%;59.7-71.5) declaro que el embarazo fue planeado y el 34.4% (IC 95%;28.5-40.3) que no lo fue.

Referente a la tipología familiar de los padres con hijos menores de 12 meses se observa un mayor porcentaje en la tipología biparietal con hijos en 62.4% (IC 95%; 56.4-68.4) seguido de compuesta 20.0% (IC 95%; 15.0-25.0). Resto de la información se presenta en el cuadro 6.

Cuadro 6.- Tipología familiar de los padres con hijos menores de 12 meses.

n=250

Tipología familiar	Porcentaje	IC 95%	
		Inferior	***Superior***
Sin hijos	0.4	0	1.2
Biparietal con hijos	62.4	56.4	68.4
Compuesta	20.0	15.0	25.0
Monoparental	0.4	0	1.2
Acogida	0.8	0	1.9
Adoptiva	0.4	0	1.2
Extensa	15.6	11.1	20.1

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos “Prevalencia de la depresión postparto paterna”

De acuerdo con el consumo de tabaco en los padres con hijos menores de 12 meses el 33.2% (IC 95%;27.4-39.0) presenta tabaquismo positivo, mientras que el 66.8% (IC 95%;66.8-72.6) no.

El alcoholismo en los padres con hijos menores de 12 meses está presente en el 64.4% (IC 95%;58.5-70.3) y ausente en el 35.6% (IC 95%;29.7-41.5).

Referente a la presencia de toxicomanías el 98% (IC 95%;96.3-99.7) no presenta consumo y el 2% (IC 95%; 0.3-3.7).

En cuanto a la estabilidad laboral, el trabajo por contrato fijo sobresale con 89.2% (IC 95%; 85.4-93.0) seguido de trabajo por contrato temporal 10.4% (IC 95%; 6.6-14.2). El resto de la información se presenta en el cuadro 7.

Cuadro 7.- Estabilidad laboral de los padres con hijos menores de 12 meses.

n =250

Estabilidad laboral	**Porcentaje**	**IC 95%**	
		Inferior	***Superior***
Desempleado	0.4	0	1.2
Trabajo por contrato temporal	10.4	6.6	14.2
Trabajo por contrato fijo	89.2	85.4	93.0

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos “Prevalencia de la depresión postparto paterna.

La jornada laboral de los padres con hijos menores de 12 meses con mayor prevalencia es el turno mixto con 65.6% (IC 95%; 59.7-71.5) y luego matutino con 31.2% (IC 95%; 25.5-36.9). El resto de la información se presenta en el cuadro 8.

Cuadro 8.- Jornada de trabajo de los padres con hijos menores de 12 meses.

n =250

Jornada de trabajo	**Porcentaje**	**IC 95%**	
		Inferior	***Superior***
Desempleado	0.4	0	1.2
Matutino	31.2	25.5	36.9
Vespertino	1.6	0	3.2
Nocturno	1.2	0	2.5

Mixto	65.6	59.7	71.5

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos “Prevalencia de la depresión postparto paterna”

En relación con la vivienda de los padres con hijos menores de 12 meses se obtuvo que el 75.6% (IC 95%; 70.3-80.9) tienen una vivienda propia y el 24.4% (IC 95%; 19.1-29.7) una vivienda rentada.

En cuanto a la depresión postparto paterna en los padres con hijos menores de 12 meses, sin depresión tiene la mayor prevalencia con 92.4% (IC 95%; 89.1-95.7) seguido por depresión leve con 5.2% (IC 95%; 2.4-8.0). El resto de la información se presenta en el cuadro 13.

Cuadro 13.- Depresión postparto paterna en los padres con hijos menores de 12 meses.

n =250

Depresión	***Porcentaje***	**IC 95%**	
		Inferior	***Superior***
Sin depresión	92.4	89.1	95.7
Depresión Leve	5.2	2.4	8.0
Depresión Moderada	0.8	0.3	1.9
Severa	1.6	0	3.2

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos “Prevalencia de la depresión postparto paterna”

El porcentaje de los padres que presentan Depresión Postparto Paterna en relación con sus características sociodemográficas familiares se observa que los que tienen depresión leve el 92.3% (IC 95%;89.0-95.6) viven en unión libre y el 84.6% (IC 95%;80.1-89.1) profesa la religión católica. El resto de la información se presenta en el cuadro 14.

Cuadro 14.- Porcentaje de los padres con hijos menores de 12 meses que presentan DPP en relación con sus características sociodemográficas familiares.

n=250

	Sin depresión	***Depresión leve***	***Depresión moderada***	***Depresión severa***
		Porcentaje		
		Estado civil		
Unión libre	57.6	92.3	100	25
Casado	39	0	0	50
Soltero	2.1	0	0	0
Divorciado	0.9	7.7	0	25
Viudo	0.4	0	0	0
		Escolaridad		
Analfabeta	0	7.7	0	0
Primaria	6.5	0	0	0
Secundaria	39	53.8	50	75
Bachillerato	32.9	38.5	0	0
Licenciatura/Ingeniería	19.9	0	50	25
Posgrado	1.7	0	0	0
		Religión		
Católico	85.7	84.6	50	25
Cristiano	6.1	7.7	50	50

Testigo de jehová	0.4	7.7	0	0
Sin religión	7.4	0	0	25
Otro	0.4	0	0	0

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos “Prevalencia de la depresión postparto paterna”

El porcentaje de los que presentan Depresión Postparto Paterna en relación con sus características familiares se observa que aquellos con depresión leve tienen tipología familiar compuesta y biparental con hijos 38.5% (IC 95%; 32.5-44.5), expresan que el embarazo no fue planeado 61.5% (IC 95%;55.5-67.5). El resto de la información se presenta en el cuadro 15.

Cuadro 15.- Porcentaje de los padres con hijos menores de 12 meses que presentan DPP en relación con sus características familiares.

n=250

	Sin depresión	***Depresión leve***	***Depresión moderada***	***Depresión severa***
		Porcentaje		
		Tipología familiar		
Sin hijos	0.4	0	0	0
Biparental con hijos	63.6	38.5	100	50
Compuesta	19	38.5	0	25
Monoparental	0.4	0	0	0
Acogida	0.9	0	0	0
Adoptiva	0.4	0	0	0
Extensa	15.2	23.1	0	25
		Embarazo planeado		

Si	67.1	38.5	0	100
No	32.9	61.5	100	0
		Religión		
Católico	85.7	84.6	50	25
Cristiano	6.1	7.7	50	50
Testigo de jehová	0.4	7.7	0	0
Sin religión	7.4	0	0	25
Otro	0.4	0	0	0

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos “Prevalencia de la depresión postparto paterna”

VIII Discusión:

El estado civil reportado con mayor prevalencia fue unión libre con 59.2% (IC 95%; 53.1-65.3) seguido de casado con 36.8% (IC 95%; 30.8-42.8) sumando en conjunto un 96%, resultado no tan diferente del 98% encontrado en la población de Hong Kong tomando en cuenta que las parejas prefieren formar una familia viviendo juntos aunque por diversas razones después se desintegre (Koh YW, 2014).

En cuanto a la escolaridad respecta se obtuvo un porcentaje predominante de 40.4% (IC 95%; 34.3-46.5) en educación secundaria, un estudio de Arabia Saudita indica una prevalencia del 50.9% con educación superior en los padres, lo cual dista mucho posiblemente por ser México un país subdesarrollado (Shaheen NA, 2019).

Empleado es la ocupación predominante con un porcentaje de 68.8% (IC 95%; 63.1-74.5), en Arabia Saudita se reportan diversos trabajos desarrollados por profesionistas con

un total de 64.48%, diferencias atribuibles de igual manera al desarrollo propio del país (Shaheen NA, 2019).

El nivel socioeconómico es muy similar entre varias clasificaciones pero C- obtuvo un porcentaje mayor con 22.8% (IC 95%; 17.6-28.0), un estudio llevado a cabo en Hong Kong reporta que el 56.68% de los padres tenían un nivel socioeconómico alto, lamentablemente las escalas para medir el nivel socioeconómico varían en cada país pero tomando en cuenta las presentadas por el AMAI el nivel C- se integraría en un nivel medio, vemos una diferencia importante que tal vez se debe al subdesarrollo de nuestro país (Koh YW, 2014).

La religión católica es la mayormente profesada por los padres estudiados con un porcentaje de 84.4% (IC 95%; 79.9-88.9), siendo esta una variable previamente no estudiada por los estudios de DPP en la literatura mundial.

La mayoría de los padres indicaron en un 65.6% (IC 95%; 59.7-71.5) que el embarazo actual fue planeado, comparado con un 56.9% encontrado en un estudio realizado en Arabia Saudita, esto nos habla del interés que tiene nuestra población por formar una familia (Shaheen NA, 2019).

Tomando en cuenta la tipología familiar se obtuvo una prevalencia del 62.4% (IC 95%; 56.4-68.4) para biparental con hijos y en Arabia Saudita se reportó un 81.14% en familia nuclear, aunque son clasificaciones distintas se refieren a la misma configuración familiar y la diferencia quizá se debe a que en nuestro país se presenta con mucha frecuencia la cohabitación con otros miembros de alguna rama familiar (Shaheen NA, 2019).

Dentro de las toxicomanías más frecuentes en la población se estudió la presencia de tabaquismo con un porcentaje del 33.2% (IC 95%; 27.4-39.0), alcoholismo 64.4% (IC 95%; 58.5-70.3) y otras 2.0% (IC 95%; 0.3-3.7), otro estudio realizado en EUA reporto 35.3% de tabaquismo, 83.2% de alcoholismo y 2.8% de otras toxicomanías, se nota una diferencia

importante en la presencia de alcoholismo quizá por la presencia mayor de estrés (Yazdanpanahi Z, 2022, Ramchandani P, 2011).

Hablando de estabilidad laboral se obtuvo un mayor porcentaje en aquellos que tienen un trabajo fijo con 89.2% (IC 95%; 85.4-93.0) y la jornada laboral con mayor frecuencia fue la mixta con 65.6% (IC 95%; 59.7-71.51), mientras que en un estudio de Arabia Saudita se obtuvo como resultado trabajo fijo en un 70.5% y tiempo completo, probablemente los trabajos en fábricas les otorgan con mayor rapidez un contrato fijo (Shaheen NA, 2019).

En cuanto a la vivienda de los padres con hijos menores de 12 meses se obtuvo una prevalencia de vivienda propia con 75.6% (IC 95%; 70.3-80.9), en un estudio que se llevó a cabo en Arabia Saudita se reportó que el 71.64% tienen vivienda propia, las cifras son muy similares quizá la ventaja se deba a las prestaciones que hay en el país para adquirir una casa propia (Shaheen NA, 2019).

La edad promedio de los padres estudiados fue de 30.07 años (IC 95%; 29.27-30.88) que concuerda con el promedio de edad obtenido por algunos otros autores con 34.3 años de edad, siendo ligeramente más bajo probablemente debido a la tendencia cultural de formar una familia a temprana edad que se vive en lationoamérica (Sokol-Szawlowska M, 20202).

Se tomó en cuenta el número de hijos que cada padre tiene y se obtuvo una media de 1.8 (IC 95%; 1.7-1.9), en un estudio realizado en Hong Kong se reportó que el 67.7% de los padres era su primer hijo, esto quizá se debe a la disminución en la cantidad de hijos que tiene cada familia, fenómeno que se ha presentado en todo el mundo (Koh YW, 2014).

La edad de los hijos que se obtuvo en esta investigación fue expresada en días con una media de 100.8, en comparación con un estudio de Arabia Saudita con una media de 43.1 la diferencia es muy visible, aunque no se sabe el porqué de la misma quizá se deba al momento en que se realizaron las encuestas (Shaheen NA, 2019).

En cuanto a la prevalencia obtenida de la depresión postparto paterna en este trabajo de investigación fue del 7.6%, en diversos países del mundo se han reportado distintas prevalencias tales como Arabia Saudita con 16.6%, Hong Kong con 5.32%, Chile con 10.5%, Italia con 11% (Shaheen NA, 2019, Koh YW, 2014, Pérez F, 2018, Molgora S, 2017)

IX Conclusión:

La prevalencia de la Depresión Postparto Paterna es de 7.6%, un porcentaje menor comparado con la literatura mundial. (considerando las costumbres socioculturales del país es baja porque los hombres no reconocen sus problemas ni la presencia de síntomas depresivos)

Aunque la técnica muestral utilizada en la investigación fue correcta considerando que el instrumento valora los síntomas depresivos presentados en los 30 días previos se podrían obtener resultados con mayor significancia estadística si se evaluara a los participantes cada mes desde el nacimiento del producto hasta el primer año de vida.

X Propuestas:

Con la finalidad de mejorar los servicios de atención para los padres de familia y tratar de prevenir esta enfermedad se propone lo siguiente:

- ✓ Realizar campañas informativas para dar a conocer dicha patología a la población en general.
- ✓ Aplicar instrumentos de detección de DPP a todos los padres con hijos menores de 12 meses en los servicios de medicina preventiva.
- ✓ Proporcionar orientación como parte del trabajo interdisciplinario en estos pacientes.

X ANEXOS:

X.1 Cuestionario de Depresión Para Hombres

CUESTIONARIO DE DEPRESION PARA HOMBRES

El objetivo de la prueba es describir la forma en que usted piensa, se siente o actúa tomando en cuenta el último mes, elija la opción de respuesta que mejor lo describa. Es recomendable que lea con atención cada uno de los ítems que encontrara a continuación y responda teniendo en cuenta la escala que se presenta a continuación, no existen respuestas buenas o malas, sea sincero.

AFIRMACION	**FRECUENCIA**			
Se siente agotado	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca
Ha sentido que tiene pocas opciones de realizarse como persona en la vida	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca
No imagina como será su vida dentro de 10 años	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca
Se siente vacío	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca
Tiene dificultad para controlar sus emociones	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca
Se siente inquieto	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca
Tiene problemas para dormir bien	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca
Se siente irritable	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca
Se ha sentido intranquilo especialmente en la mañana	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca
Ha sentido pesar de sí mismo	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca
Ha tenido relaciones de pareja paralelas	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca
Ha deseado abandonar todo	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca
Se siente insatisfecho con lo que ha hecho de su vida	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca

Reacciona agresivo ante situaciones normales	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca
Se siente estresado	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca
Presiente que su futuro va a ser más malo que bueno	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca
Ha buscado experimentar sensaciones extremas aun cuando ponga en riesgo su vida	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca
Se siente cansado sin razón	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca
Ha pensado en formas para terminar con su vida	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca
Se le dificulta tomar decisiones cotidianas	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca
Se siente impaciente	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca
Busca estar ocupado para no pensar	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca
Ha pensado que los demás estarían mejor sin usted	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca
Se ha sentido ansioso especialmente en la mañana	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca
Siente que no sirve para nada	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca

Ha tenido cambios bruscos en su estado de ánimo	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca
Siente que es mejor evadir dificultades haciendo otras actividades con sus amigos	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca
Consume alcohol hasta embriagarse	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca
Se siente frustrado	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca
Se comporta de tal manera que los demás piensan que parece otra persona	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca
Ha sentido que otros lo ven como apagado	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca
Usa palabras cómo incapaz e inútil para definirse	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca
Ha sentido que otros lo ven como pesimista	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca
Siente insatisfacción con lo que hace	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca
Se queja para conmover a otros y obtener apoyo	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca
Ha deseado terminar con su vida para no sufrir más	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca
Fantasea con dormir y no despertar	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca
Le han dicho que es una persona difícil de tratar	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca
Ha deseado morir para solucionar sus problemas	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca
Suele demeritar lo que hace	☐ Siempre	☐ Casi siempre	☐ Casi nunca	☐ Nunca

X.2 Carta de consentimiento informado



Carta de consentimiento informado para participación en
protocolos de investigación en salud
(adultos)

U.M.F.06
Lugar y fecha: San Juan del Río, Querétaro, 2023.
No. de registro institucional:

Título del protocolo:
Factores Asociados a la Depresión Posparto Paterna

Justificación y objetivo de la investigación:
Realizamos esta investigación debido a que se ha observado que muchos padres presentan depresión después del nacimiento de sus hijos, por eso el objetivo de este cuestionario es saber si usted probablemente presenta depresión después del nacimiento de su hijo.

Procedimientos y duración de la investigación:
Se le otorgara un lapicero de tinta azul y una hoja de papel tamaño carta que contiene un cuestionario de 40 preguntas con 4 posibles respuestas cada una donde usted podrá enmarcar la que piense usted que se parece o es igual a lo que siente o ha sentido desde que nació su hijo, al terminar de contestarlo le devolverá dichos objetos al investigador.

Riesgos y molestias:
Al responder el cuestionario usted puede presentar: nostalgia, tristeza, llanto, sensación de pérdida de tiempo, en caso de presentar alguna molestia y si usted lo desea lo enviaremos al servicio de atención médica continua para que sea valorado.

Beneficios que recibirá al participar en la investigación:
Al responder este cuestionario usted podrá saber si presenta depresión y se le otorgara un tríptico con orientación sobre dicha enfermedad.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:
Si usted lo desea después de responder el cuestionario se le hará saber si usted tiene depresión y si usted está de acuerdo se le orientara para que acuda con su médico familiar para ser valorado.

Participación o retiro:
En el momento que usted desee abandonar la investigación y no continuar contestando las preguntas lo puede hacer sin ningún inconveniente, esto no condicionará en ninguna forma su atención en la Unidad o instalación del IMSS.

Privacidad y confidencialidad:
Sus datos se usarán únicamente para fines de esta investigación y en todo momento serán utilizados con confidencialidad. En ningún momento se expondrán sus datos personales y resultados.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con la investigación podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Dr. Francisco Javier Espinosa Zúñiga, Mat. 98133707, correo: javier_z0402@hotmail.com, C. Miguel Hidalgo 158, Centro, 76800 San Juan del Río, Querétaro.
Teléfono y horario: 222125896896 lunes a viernes de 8 am a 2 pm

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:
Comité de ética en investigación localizado en la Coordinación clínica de Educación e Investigación en Salud del Hospital General Regional No.1, ubicado en avenida 5 de febrero 102, colonia centro, CP 76000, Querétaro, Querétaro, de lunes a viernes de 08 a 16 hrs., al teléfono de 442 2112337 en el mismo horario o al correo electrónico: comiteticainvestigacionhgr1qro@gmail.com

Declaración de consentimiento:

	Acepto participar en estudio
	No acepto participar en este estudio

Se conservarán los datos o muestras hasta por 3 años tras lo cual se destruirán.

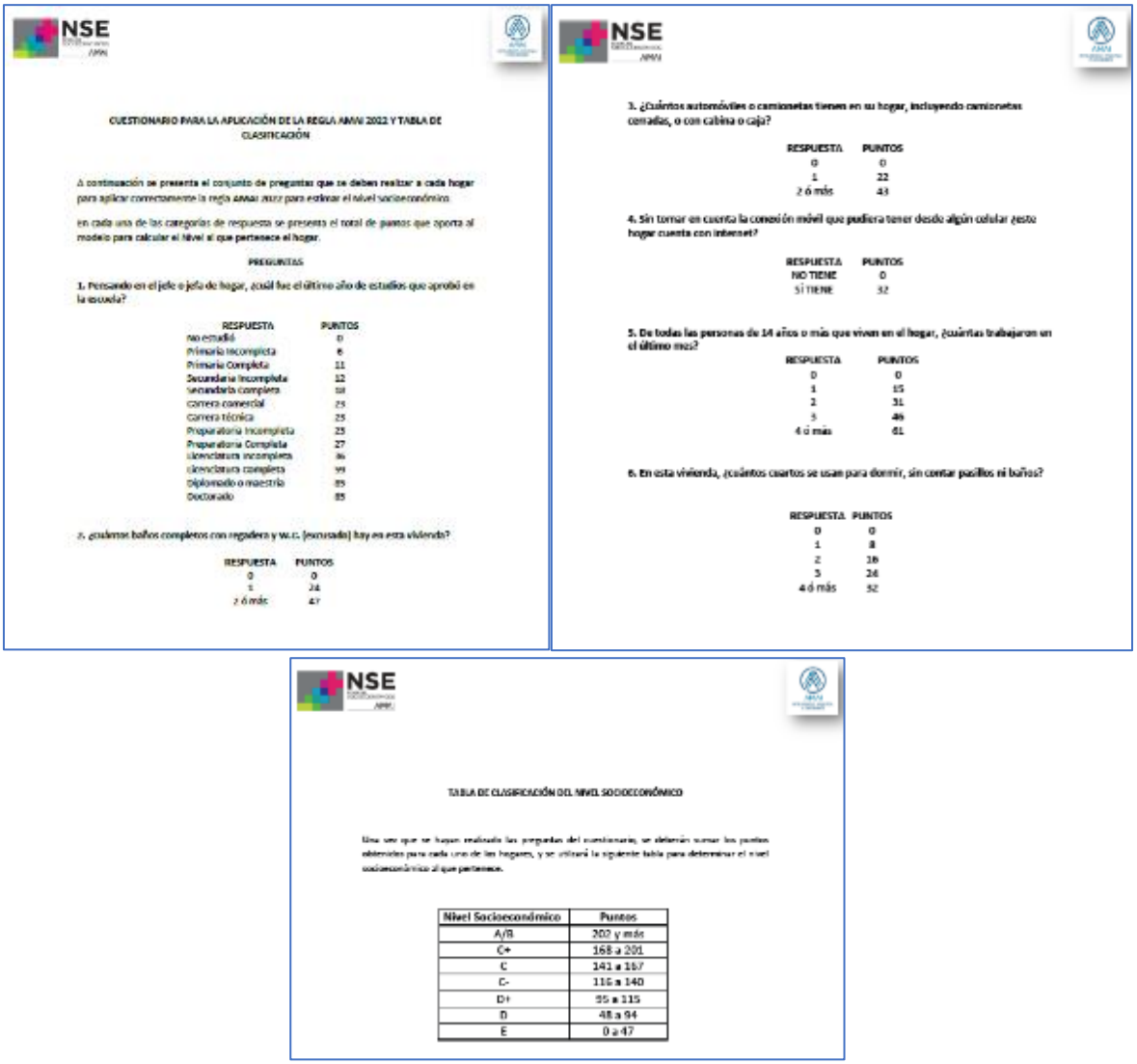
_____
Nombre y firma del participante

_____
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

_____
Nombre y firma del testigo 1

_____
Nombre y firma del testigo 2

X.4 Cuestionario AMAI



CUESTIONARIO PARA LA APLICACIÓN DE LA REGLA AMAI 2022 Y TABLA DE CLASIFICACIÓN

A continuación se presenta el conjunto de preguntas que se deben realizar a cada hogar para aplicar correctamente la regla AMAI 2022 para estimar el nivel socioeconómico.

En cada una de las categorías de respuesta se presenta el total de puntos que aporta al modelo para calcular el Nivel al que pertenece el hogar.

PREGUNTAS

1. Pensando en el jefe o jefa de hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que aprobó en la escuela?

RESPUESTA	PUNTOS
No estudió	0
Primaria incompleta	6
Primaria Completa	11
Secundaria Incompleta	12
Secundaria completa	18
Carrera comercial	25
Carrera técnica	25
Preparatoria Incompleta	25
Preparatoria Completa	27
Licenciatura incompleta	36
Licenciatura completa	99
Diplomado o maestría	85
Doctorado	85

2. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay en esta vivienda?

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	24
2 ó más	47

3. ¿Cuántos automóviles o camionetas tienen en su hogar, incluyendo camionetas cerradas, o con cabina o caja?

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	22
2 ó más	43

4. Sin tomar en cuenta la conexión móvil que pudiera tener desde algún celular ¿este hogar cuenta con internet?

RESPUESTA	PUNTOS
NO TIENE	0
SÍ TIENE	32

5. De todas las personas de 14 años o más que viven en el hogar, ¿cuántas trabajaron en el último mes?

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	15
2	31
3	46
4 ó más	61

6. En esta vivienda, ¿cuántos cuartos se usan para dormir, sin contar pasillos ni baños?

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	8
2	16
3	24
4 ó más	32

TABLA DE CLASIFICACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO

Una vez que se hayan realizado las preguntas del cuestionario, se deberán sumar los puntos obtenidos para cada uno de los hogares, y se utilizará la siguiente tabla para determinar el nivel socioeconómico al que pertenece.

Nivel Socioeconómico	Puntos
A/B	202 y más
C+	168 a 201
C	141 a 167
C-	116 a 140
D+	95 a 115
D	48 a 94
E	0 a 47

X.5 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Berg, R., Solberg, B., Glavin, K. y Olsvold, N. (2022). Instruments to identify symptoms of paternal depression during pregnancy and the first postpartum year: a systematic scoting review. *American journal of Men's Healt, 16(5), 1-16.* DOI: 10.1177/15579883221114984

Cerecero, D., Macías, F., Arámburo, T. y Bautista, S. (2020). Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *Salud pública de México, 62(6), 840-850.* https://doi.org/10.21149/11558

Corea Del Cid, M. T. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica Hondureña, 89(Supl.1), 46-52.* https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047

Crisol-Deza, D. (2021). Depresión posparto en los padres. *Revista Científica Estudiantil UNIMED, 3(2), 1-11.* https://revunimed.sld.cu/index.php/revestud/article/view/71/pdf

Chen, J., Zao, J., Chen, X., Zou, Z. y Ni, Z. (2023). Paternal perinatal depression: a concept analysis. *Nurs Open, 10(8), 4995-5007.* 10.1002/nop2.1797.

Darwin, Z., Galdás, P., Hinchliff, S., Littlewood, E., McMillan, D., McGowan, L. y Gilbody, S. (2017). Fathers' views and experiences of their own mental health during pregnancy and the first postnatal year: a qualitative interview study of man participating in the UK Born and Bred in Yorkshire (baby) cohort. *BMC Pregnancy and Childbirth, 17(45), 1-15.* https://doi.org/10.1186/s12884-017-1229-4

Dávila, A., González, R., Liangxiao, M. y Xin, N., (2016). Estudio sinomédico de la fisiopatología de la depresión. *Revista Internacional de Acupuntura, 10(1), 9-15.* https://doi.org/10.1016/j.acu.2016.01.003

Duan, Z., Wang, Y., Jiang, P., Wilson, A., Guo, Y., Lv, Y., Yang, X., Yu, R., Wang, S., Wu, Z., Xia, M., Wang, G., Tao, Y., Xiaohong, L., Ma, L., Shen, H., Sun, J., Deng, W., Yang, Y. y Chen, R. (2020). Postpartum depression in mothers and fathers: a structural equation model. *BMC Pregnancy Childbirth, 20(1) 537.* 10.1186/s12884-020-03228-9

González, S., Pineda, A. y Gaxiola, J. (2018). Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. *Universitas Psychologica, 17(3), 1-11.* https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-3.dafr

Kim, P. y Swain, J. (2007). Sad dads: paternal postpartum depression. *Psychiatry (Edgmont), 4(2), 35-47.* PMC2922346

Koh, Y., Chui, C., Tang, C. y Lee, A. (2014). The prevalence and risk factors of paternal depression from the antenatal to the postpartum period and the relationships between antenatal and postpartum depression among fathers in Hong Kong. *Depress Res Treat, 2014, 127632.* 10.1155/2014/127632

Londoño, C. (2017). Características clínicas de la depresión en hombres: prevalencia y factores asociados [Tesis doctoral, Universidad de la Laguna]. RIULL. https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/26235

Londoño, C., Penate, W. y Gonzalez, M. (2016). Validación diferencial y discriminante del cuestionario de depresión para hombres (CDH). *Terapia Psicológica, 34(2), 129-142.* http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000200005

Malpartida, M. (2020). Depresión postparto en atención primaria. *Revista médica sinergia, 5(2), e355.* https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/355/715.

Membrillo, A., Fernández, M., Rodríguez, J. y Quiroz, J. (2008). *Familia Introducción al estudio de sus elementos*. ETM. https://es.scribd.com/document/389607894/Familia-Introduccion-Al-Estudio-de-Sus-Elementos-booksmedicos-org.

Michael, B., Lieny, J. y Olov, A. (2023) Bidirectional associations between paternal postpartum depression symptoms and coparenting: A cross-lagged panel model of fathers of infants and toddlers. *Jurnal of Affective Disorders. 324, 440-448.* https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.128

Molgora, S., Fenaroli, V., Malgaroli, M. y Saita, E. (2017). Trajectories of postpartum depression in italian first-time fathers. *Am J Mens Health, 11(4), 880-887.* 10.1177/1557988316677692

Pérez, F. y Brahm, P. (2017). Depresión posparto en padres: ¿por qué también es importante?. *Revista chilena de pediatría, 88(5), 582-585.* http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062017000500002

Ramchandani, P., Psychogiou, L., Vlachos, H., Iles, J., Sethna, V., Netsi, E. y Lodder, A. (2011). Paternal depression: an examination of its links with father, child and family functioning in the postnatal period. *Depress Anxiety. 28(6), 7-471.* 10.1002/da.20814

Shaheen, N., AlAtiq, Y., Thomas, A., Alanazi, H., AlZahrani, Z., Younis, S. y Hussein, M. (2019). Paternal postnatal depression among fathers of newborn in Saudi Arabia. Rev. *Am J Mens Health, 13(1), 1557988319831219.* 10.1177/1557988319831219

Sokół-Szawłowska, M. (2020). Paternal perinatal depression: cases. *Psychiatria polska, 54(6), 1123-1135.* 10.12740/PP/110610

Sundstom, I., Comasco, E., Georgakis, M. y Skalkidou, A. Sex differences in depression during pregnancy and the postpartum period. *Neurosci Res. 95(1-2), 719-730.* 10.1002/jnr.23859

Willner, P., Scheel-Krüger, J. y Belzung., C. (2013) The neurobiology of depression and antidepressant action. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 37 (10), 2331-2371.* https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.12.007

Yazdanpanahi, Z., Vizheh, M., Azizi, M. y Hajifoghaha, M. (2022). Paternal postnatal depression during COVID-19 pandemic: the role of health care providers. *J Prim Care Community Health, 13, 21501319221110421.* 10.1177/21501319221110421