

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**

**Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades**

**Psicoeducación en depresión post parto paterna:  
investigación y prevención**

Proyecto de Investigación

**Ana Camila Córdova Andrade**

**Psicología Clínica**

Trabajo de titulación presentado como requisito  
para la obtención del título de  
Psicólogo Clínico

Quito, 15 de diciembre de 2018

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ  
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

HOJA DE CALIFICACIÓN  
DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Psicoeducación en depresión post parto paterna: investigación y prevención

**Ana Camila Córdova Andrade**

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Carolina Miño, Máster en Educación  
Especial

Firma del profesor:

---

Quito, 15 de diciembre de 2018

### **Derechos de Autor**

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos: Ana Camila Córdova Andrade

Código: 00112017

Cédula de Identidad: 0103974002

Lugar y fecha: Quito, 15 de diciembre 2018

## RESUMEN

El concepto de Depresión Post Parto (DPP), se encuentra asociado mayoritariamente a la madre, la DPP paterna es poco conocida. Esto se debe, entre otras, a la falta de indagación sobre el tema. El objetivo de este trabajo es concientizar sobre la importancia de la DPP y realizar un proceso de psicoeducación a padres primerizos para identificar e intervenir en estas situaciones. La DPP paterna trae consigo factores que afectan el desarrollo del estado de salud mental de la pareja, influyen en del entorno familiar y puede causar futuros problemas psicológicos de los niños. Se encuentra que las pruebas estandarizadas manejadas en DPP materna pueden ser utilizadas también en padres; a su vez, que los resultados del proceso de psicoeducación permiten identificar y prevenir la DPP paterna.

Palabras clave: Depresión post parto, paterna, materna, psicoeducación, padres primerizos, conductas de riesgo.

## **ABSTRACT**

The concept of Post-Partum Depression (PPD), is associated mainly with the mother, PPD in the father is not so recognized. This happens, more or less, because of the lack of investigation in the subject. The goal of this research is to create conscious about de importance of PPD in men, realize a process of psychoeducation for first-time fathers to identify and prevent risky behaviors of this condition. DDP in fathers brings to the picture factors that affect de development of their mental health in the partner and the family environment. It can also affect in further psychological problems in their children. Is known that the standardized tests used to treat maternal PPD can be used in paternal PPD too. At the same time, the results of psychoeducation allow to identify and prevent PPD in fathers.

**Key Words:** Post-Partum Depression, paternal, maternal, psychoeducation, first-time parents, risky behaviors.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>7</b>
La historia de la depresión post parto paterna: una breve reseña. ....	9
<b>REVISIÓN DE LA LITERATURA .....</b>	<b>11</b>
<b>Depresión Post Parto - DPP .....</b>	<b>12</b>
<b>Características específicas de la depresión post parto en hombres.....</b>	<b>14</b>
<b>Sintomatología de identificación en padres .....</b>	<b>18</b>
<b>Desarrollo infantil en casos de padres con DPP .....</b>	<b>21</b>
<b>Psicoeducación.....</b>	<b>22</b>
<b>Inversión Económica .....</b>	<b>26</b>
<b>METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>27</b>
<b>Participantes.....</b>	<b>28</b>
<b>Herramientas de Investigación Utilizadas.....</b>	<b>28</b>
<b>Procedimiento de recolección y Análisis de Datos .....</b>	<b>31</b>
<b>Consideraciones Éticas .....</b>	<b>32</b>
<b>RESULTADOS ESPERADOS .....</b>	<b>32</b>
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>34</b>
<b>Limitaciones del Estudio .....</b>	<b>35</b>
<b>Recomendaciones para Futuros Estudios.....</b>	<b>36</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>37</b>
<b>ANEXO A: DESCRIPCION DE ESCALA SOBRE DEPRESION POSNATAL EDIMBURGO (EPDS) .....</b>	<b>42</b>
<b>ANEXO B: ESCALA SOBRE DEPRESION POSNATAL EDIMBURGO (EPDS).....</b>	<b>43</b>
<b>ANEXO C: CARTA PARA RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES.....</b>	<b>44</b>
<b>ANEXO D: ESQUEMA DE INTERVENCION PSICOEDUCATIVA .....</b>	<b>45</b>
<b>ANEXO E: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO .....</b>	<b>46</b>

## INTRODUCCIÓN

La depresión post parto paterna es un trastorno del ánimo que se puede presentar en algunos hombres después del nacimiento de sus hijos. Es más frecuente relacionar la DPP con la madre debido a los cambios hormonales a la que esta se ve expuesta. Aun así, la depresión post parto paterna debe ser considerada en el ámbito de la salud mental, ya que sus consecuencias pueden afectar de manera significativa el desarrollo individual y familiar.

La investigación sobre la depresión DPP paterna es relativamente nueva, las primeras investigaciones se realizaron a partir de la década de los años 90. Durante estos años, se han determinado algunos factores relacionados a la DPP en el hombre; entre ellos se encuentran los siguientes: antecedentes depresivos en alguna etapa de su vida, elevada ansiedad prenatal, nivel socioeconómico o educativo bajo; a su vez, también se le relaciona con la posible depresión post parto de la madre (McCoy, 2012). En la DPP materna los síntomas se pueden ver reflejados en una extrema tristeza, presencia de llanto, incapacidad para cuidarse a sí misma o al recién nacido; mientras que los hombres tienden a mostrar síntomas que se relacionan más con ira, irritabilidad, hostilidad, ansiedad, frustración y una percepción negativa de ellos mismos. Otros de los síntomas asociados a la DPP paterna suelen ser, dedicarse en exceso a actividades como; trabajar en extremo, realizar mucho deporte o practicar otras actividades donde puedan descargar sus pensamientos y emociones (McCoy, 2012). Cabe señalar que, la DPP paterna comparte algunos factores con la DPP materna, como interrupciones en el sueño y conflictos dentro de la relación.

En la actualidad aún no existe una lista de criterios oficiales para el diagnóstico específico de depresión post parto paterna. Ésta se ha definido de varias

maneras, y la investigación muestra que ha sido evaluada mediante herramientas utilizadas para la DPP materna, ante la cual, Kim & Swain mencionan lo siguiente:

“En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta y Quinta Edición (DSM-IV & V), la DPP materna se define como un episodio depresivo mayor que aparece dentro de las cuatro semanas posteriores al parto. Los episodios depresivos incluyen depresión o tristeza, marcada pérdida de interés en prácticamente todas las actividades, pérdida o ganancia de peso significativa, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpabilidad, disminución de la capacidad de pensar o concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte (2007).”

Para realizar un diagnóstico se debe cumplir con al menos cinco de los criterios mencionados anteriormente por un período de al menos, dos semanas consecutivas, estos han sido especificados únicamente para el género femenino. Sin embargo, se ha descubierto que la DPP paterna suele empezar de manera más tardía y progresiva, manifestándose entre los tres a seis meses, hasta un año luego del parto (Kim & Swain, 2007).

Es necesario brindar acompañamiento a los padres para manejar la DPP y evitar consecuencias negativas en el desarrollo infantil, y en el bienestar personal o en el de la pareja (McCoy, 2012). Se ha observado que este suele ser visto como un trastorno fisiológico al cual sólo las mujeres son propensas; por esta razón, no se suele buscar asistencia psicológica, ni tratamiento psicofarmacológico y se han observado actitudes de evitación hacia la psicoterapia (McCoy, 2012).

## **Antecedentes**

### **La historia de la depresión post parto paterna: una breve reseña.**

La DPP es un trastorno bastante común y significativo. Anteriormente se creía que existía una asociación únicamente materna relacionada principalmente con los cambios fisiológicos que ocurren en el embarazo; actualmente, se ha demostrado que también se presenta la DPP en padres, debido primordialmente a factores psicosociales. La estimación de madres con DPP es de un 13% mientras que la incidencia de DPP en los padres es un 5 a 10 %, la cual, a diferencia de la materna, pasa desapercibida o es asociada a otras causas sociales (Urdaneta, Rivera, García, Guerra, Baabel & Contreras, 2010).

Se ha encontrado que muchos de los padres que atraviesan DPP presentan las siguientes condiciones:

- Bajos niveles de autoestima.
- Disminución de su capacidad de apoyo, en general, hacia su familia.
- Aumento de síntomas en diagnósticos psicológicos obtenidos previamente.
- Dificultades en el ámbito laboral y/o educativo.

Los hombres suelen presentar distintas maneras de externalizar síntomas depresivos, no necesariamente con decaimiento y tristeza. Por ejemplo, tienden a generar niveles más altos de irritabilidad y enfado, están más predispuestos a emociones negativas dentro la dinámica con sus parejas, y es más factible que se alejen de las mismas en lapsos de estrés (Matthey, Barnett, Kavanagh & Howie, 2001).

Dentro de los estudios sobre la DPP paterna, se observa que el estado del paciente afecta a los vínculos interpersonales y los procesos de desarrollo familiar. Ante

ello y, como ya se mencionó, uno de los principales problemas es la falta de información; se suele subestimar cuánto afecta la DPP a la paternidad y a los conflictos en la relación de pareja. Por otro lado, se ha demostrado que los padres con DPP podrían generar un impacto negativo en los niños, afectando las etapas tempranas del desarrollo en la formación de conductas y cogniciones (Ramchandani Et Al., 2005). Se sabe que, dentro del ambiente familiar, el padre y la madre transmiten conductas y aprendizajes que pueden afectar a largo plazo. La depresión posparto representa un riesgo determinante para el desarrollo del niño y las relaciones interpersonales que se forman dentro de este sistema, al identificarla permitirá comprender con mayor claridad la dinámica familiar (Ramchandani, Et Al., 2011).

La DPP afecta a los hombres durante el período postnatal y en los años posteriores de crianza del niño. A su vez, los estudios demuestran que los trastornos psiquiátricos que afectan a los hombres, en el período perinatal, podrían predecir tendencia a que este desorden se presente en su descendencia. Algunas investigaciones sugieren que la depresión en los padres en el período postnatal se asocia con mayores tasas de problemas de conducta en sus hijos. Por ende, se observa que los hijos de padres que han atravesado episodios de depresión, tienen mayor riesgo de presentar un trastorno de la conducta, así como otras dificultades en su desarrollo (Ramchandani, O'Connor, Evans, Heron, Murray & Stein, 2008).

### **Pregunta de investigación**

Una vez presentada la introducción y los antecedentes de la DPP paterna se propone responder la siguiente pregunta ¿Cómo y hasta qué punto la psicoeducación puede influenciar en la disminución de síntomas depresivos en DPP paterna de padres primerizos?

### **Propósito del Estudio**

El objetivo de la investigación es generar mayor conciencia sobre la depresión post parto paterna e incrementar la información sobre la misma. A su vez, buscar señalar la importancia de brindar una intervención psicoeducativa a padres primerizos para mejorar la calidad de vida familiar. Este trabajo pretende fomentar el bienestar psicológico del padre y del resto de miembros de la familia, antes y después del parto.

### **El significado del estudio**

Esta investigación toma especial relevancia en nuestra cultura, donde se ha observado una subestimación de la posibilidad de que un hombre sea afectado por síntomas depresivos después del nacimiento de un hijo. Ante ello, este trabajo radica en la intervención para concientizar y educar a la sociedad, principalmente a padres primerizos, acerca de la DPP paterna y prevenir los efectos negativos que pueden afectar el bienestar familiar. Como ya se ha mencionado, no existen investigaciones sobre la DPP en hombres realizadas en Ecuador, únicamente se encuentra información esporádica en distintos medios, que generan expectativa sobre el tema, sin profundizar en el mismo (El Comercio, 2018).

## **REVISIÓN DE LA LITERATURA**

En la actualidad, la depresión considerada un trastorno de vital importancia dentro de los sistemas de salud, se encuentra como la cuarta causa de disfunción en el desarrollo personal, se estima que para el 2020 la probabilidad de depresión aumente y se encuentre como la segunda causa de enfermedades cardiovasculares (Ramchandani Et Al., 2005). La depresión es un trastorno psicológico habitual ligado con factores negativos de gran trascendencia en el funcionamiento del individuo, se ha encontrado

que detiene la formación y el sostenimiento de relaciones interpersonales (Hirschfeld Et Al., 2000). A su vez, se evidencia a través de síntomas como: bajo estado de ánimo, irritabilidad y sentimientos de desesperanza que probablemente interfieran en el funcionamiento familiar; por ejemplo, conflicto en la interacción con la pareja y algunos efectos perjudiciales en el desarrollo del niño (Ramchandani Et Al., 2005).

### **Depresión Post Parto - DPP**

Al menos un 13 % de madres viven complicaciones o un episodio de DPP materna. La DPP materna es considerada un trastorno, Urdaneta, Rivera, García, Guerra, Baabel & Contrera, mencionan lo siguiente:

“Afecta al cerebro, el ánimo y la manera de pensar, constituye la forma más común de sufrimiento mental. Durante el embarazo y el puerperio se suceden una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos en la psiquis de la mujer. La depresión posparto es entendida como la presencia de un trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que se manifiesta durante el primer año posparto (2010).”

Otras investigaciones señalan que las madres con DPP manifiestan algunos síntomas entre los cuales se encuentran la pérdida de interés por actividades que disfrutaba antes, dificultades para dormir o concentrarse, fatiga, cambios en la libido y en el peso. Las mujeres que han presentado este trastorno señalan percibir falta de apoyo de sus parejas y suelen reportar un bajo nivel de satisfacción, escasa comunicación, falta de interés e indiferencia por parte de su pareja masculina; así como, la disminución de afecto, la cercanía dentro de la relación y una escasa ayuda en las tareas y cuidados que trae el recién nacido al núcleo familiar (Ramchandani Et Al., 2005).

En el estudio *Psychosocial factors associated with paternal postnatal depression* se indaga en la relación de la pareja dentro del periodo postnatal, y abre una gama de elementos que interactúan e influyen en la DPP en ambos sexos. Entre ellos se encuentran; el valor de la comunicación, la intimidad y el apoyo de su pareja. Conservar una relación satisfactoria y crear una alianza colaborativa, son retos principales durante esta fase (Girard, Lacharité, Dubeau, & Devault, 2013). Los profesionales de la salud han identificado que, para explorar las necesidades y expectativas de cada miembro de la pareja, es indispensable una comunicación eficiente. (Girard, Lacharité, Dubeau, & Devault, 2013). Dentro de la dinámica de pareja es relevante buscar un compromiso, para así llegar a acuerdos mutuos y generar un equilibrio en las tareas que debe realizar la madre y el padre en este periodo (Goodman, 2004; Nazareth, 2011) (Musser, Ahmed, Foli, & Coddington, 2013).

Es esencial mencionar que las investigaciones sugieren que uno de los indicadores de predicción de la DPP paterna es cuando, dentro de la pareja, la madre desarrolla DPP. Para poder identificar este trastorno, es importante examinar el contexto prenatal. Goodman expone (2004; Nazareth, 2011) que la DPP materna no es necesariamente un factor causante de la DPP paterna; sin embargo, se encuentra una alta correlación. Por el momento se conoce que existen varios factores e implicaciones en el desarrollo de la DPP paterna y se carece de pruebas para afirmar que la DPP materna sea un el factor causante de esta (Paulson & Bazemore, 2010).

Uno de los hallazgos de las investigaciones realizadas es que el compañero masculino, de de la pareja que está vivenciando DPP, comienza a percibir sentimientos de miedo, confusión, frustración, impotencia, ira; todo ello, trae incertidumbre y desequilibrio sobre el futuro dentro del núcleo familiar. Esta dinámica incluye la falta de apoyo percibida por parte de la pareja, que es conocida como uno de los factores de

riesgo para desarrollar este tipo de depresión (Musser, Ahmed, Foli, & Coddington, 2013).

En distintos países se ofrecen programas y servicios que brindan atención y cuidado a las necesidades de la madre hacia el hijo; por su parte, los profesionales de la salud, en la etapa post natal están atentos a identificar la DPP materna promoviendo el uso de herramientas para así facilitar apoyo, tratamientos y soluciones a estas pacientes (Goodman, 2004; Nazareth, 2011). Sin embargo, no existe este mismo servicio de atención a los padres y se carece de información y de tratamiento clínico ya que en la mayoría de las ocasiones, no se presta atención a las dificultades emocionales de los padres durante el embarazo o después del parto (Girard, Lacharité, Dubeau, & Devault, 2013). Una de las principales razones es que no se ha desarrollado ninguna escala para padres por parte de los profesionales de la salud, esto se debe a la falta de investigación en la evaluación del estado de ánimo en los nuevos padres. Además, no se puede abordar la DPP paterna de la misma manera que la DPP materna; los padres primerizos son más propensos a presentar síntomas de ansiedad que con síntomas depresivos (Matthey, S., Barnett, Kavanagh, & Howie2001).

### **Características específicas de la depresión post parto en hombres**

Se ha observado en diversos estudios que el bienestar del padre y su funcionalidad tiene un efecto dentro del sistema familiar (Park, Fuhrer, & Quesnel-Vallée, 2013). La percepción que tiene el padre sobre su hijo influye en sus acciones con él, generando conflictos dentro de la relación padre – hijo, haciendo que este trato bidireccional pueda resultar dificultoso. Todo ello, dado que los síntomas de la depresión están presentes en el funcionamiento general del padre, pueden perjudicar las interacciones tempranas con el niño. Es factible ofrecer apoyo para esta relación desde

el momento del parto, asistiendo al padre a descubrir las capacidades y las distintas formas de interacción (Demontigny & Lacharite, 2004) (Girard, Lacharité, Dubeau, & Devault, 2013).

A su vez, se ha encontrado que el tipo de crianza y educación que tuvieron los padres son un factor que influye en la salud mental de sus hijos, pues está relacionado con la forma en la cual van a manejar el control y apoyo dentro del hogar. Muchas veces las situaciones estresantes, unidas a la inestabilidad emocional de los padres puede generar síntomas depresivos. Se observa que, en algunos casos, estos comportamientos fueron aprendidos de sus experiencias pasadas (Park, Fuhrer, & Quesnel-Vallée, 2013).

Otra de las características que se destaca como un factor riesgo para DPP es el incremento del conflicto en la pareja, esto puede sobresalir como otro síntoma de depresión masculina. Padres con DPP indicaron un mayor número de problemas con sus parejas, posterior al nacimiento de su hijo. A largo plazo, las conductas conflictivas que se generan en el ambiente tienen mayor impacto en el recién nacido que en la pareja. Los comportamientos destructivos tales como la agresión verbal, ira y negligencia, se asocian negativamente con el desarrollo psicológico del niño a lo largo del tiempo. Por lo tanto, se recomiendan comportamientos concretos para manejar estas dificultades; es decir, la resolución de problemas, afecto verbal y afecto físico para generar un ambiente positivo alrededor el recién nacido (Gutierrez, Stein, Hanington, Heron, & Ramchandani, 2015).

Esta condición, de DPP en los padres no tiene un desarrollo específico y los síntomas no son fáciles de identificar. Aun así, conocemos que la DPP paterna se caracteriza por empezar más tarde y se incrementa al paso del año (Goodman, 2004). Se han observado algunas conductas en los padres con DPP entre las cuales se encuentran:

tendencia a retirarse de las interacciones sociales, evitar el contacto, actitudes irrespetuosas, episodios de ira, poca flexibilidad afectiva y mucha autocrítica (Kim & Swain, 2007; Schumacher Et Al., 2008). Un padre con DPP, suele desarrollar un método de crianza que suele traer consigo una disminución en emociones positivas, como la calidez y la sensibilidad; y se muestra mayor hostilidad, indiscreción y desvinculación (Wilson & Durbin, 2010). Por su parte, se aprecia un incremento del consumo y la dependencia a sustancias como el alcohol u otras drogas (Kim & Swain, 2007; Schumacher Et Al., 2008).

Se encuentra que la DPP paterna se puede manifestar a través de síntomas en la salud del padre; por ejemplo, síntomas psicósomáticos como: indigestión, cambios en el apetito, peso, diarrea, estreñimiento, dolor de cabeza, problemas dentales, náuseas o insomnio (Kim & Swain, 2007; Schumacher Et Al., 2008).

Los síntomas de DPP paterna son afines a factores psicosociales, pueden influenciar negativamente en el desarrollo de un núcleo familiar. Se debe considerar como factores de riesgo la historia de psicopatología, trastornos psicológicos durante el embarazo de la pareja, ansiedad prenatal, baja autoestima, dificultad en el cuidado de lo niño, temperamento infantil difícil, trauma, carencia de apoyo social y dificultades en la relación matrimonial (Perren, Von Wyl, Bürgin, Simoni, & Von Klitzing, 2005).

En general, tanto madres como padres con psicopatologías reportan que después de un año del parto aumentan los niveles de estrés y la sintomatología depresiva. Este elemento puede estar relacionado al desarrollo infantil y al manejo de crianza de los niños (Perren, Von Wyl, Bürgin, Simoni, & Von Klitzing, 2005).

Otra de las situaciones que se ha encontrado es que el adulto mayor tiene más limitaciones en manejar la crianza de los niños ya que, es una etapa en la que existe mayor riesgo de desarrollar depresión. Sin embargo, también se ha encontrado que hay

una mayor correlación de DPP paterna cuando los padres son adultos tempranos, entre los 17 y 45 años (Monreal, Macarro & Muñoz, 2001), lo cual muchas veces juega un rol importante dentro del nuevo núcleo familiar. Por lo tanto, la edad es un factor que debe ser considerado significativo dentro de la investigación (Park, Fuhrer, & Quesnel-Vallée, 2013).

Una de las particularidades encontradas dentro de las distintas investigaciones es que cuando la depresión de los padres es experimentada dentro de los primeros años del recién nacido, tiene una influencia negativa muy significativa. La DPP de padres se encuentra asociada con consecuencias infantiles importantes; por ejemplo, el desarrollo psicosocial y académico defectuoso, comportamiento insuficiente en general y mayor riesgo para presentar psicopatología en el futuro (Park, Fuhrer, & Quesnel-Vallée, 2013).

Es fundamental comprender los componentes que pueden relacionar la depresión de los padres en el comportamiento de sus hijos. Los hijos de padres con trastorno de depresión tienen alrededor de tres veces más posibilidades de experimentar un episodio de depresión que los hijos de personas que no han presentado dicha sintomatología (Lieb Et Al., 2002; Weissman, Warner, Wickramaratne, Moreau & Olfson, 1997)

Se encuentra que la depresión está influenciada por un componente genético; es decir, si un padre tiene depresión es mucho más probable que su hijo tenga depresión. Sin embargo, ésta no es transmitida únicamente de manera genética (Althoff, 2018). Los trastornos depresivos también se desarrollan de acuerdo a factores ambientales, como describe el Manual Diagnóstico Estadístico De Trastornos Mentales:

“Un, problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, un estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u

otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona (Eje, I. I. 1995).”

En los hombres, la transición a ser padres se considera como un periodo sumamente estresante. Se ha encontrado un número de síntomas que suelen aparecer en este momento; sentimientos constantes de impotencia, malhumor y frustración. Si estos síntomas se incrementan o persisten entre tres y seis meses después del nacimiento del bebé, pueden ser indicadores de DPP (Nazareth, 2011; Paulson & Bazemore, 2010).

Para poder mantener un apoyo profesional en DPP paterna se necesita de un equipo multidisciplinario. Se sugiere empezar dentro del ámbito médico, que debe tener la capacidad para identificar DPP y poder detectar síntomas que orienten al diagnóstico. La DPP ha llegado a considerarse un problema de salud pública que afecta a toda la comunidad y en muchas ocasiones pasa desapercibida. Los especialistas en salud podrían ser facilitadores de cambio con un objetivo en común, referir la atención de primera instancia a un especialista de salud mental, al momento de identificar y detectar DPP paterna (Musser, Ahmed, Foli, & Coddington, 2013).

### **Sintomatología de identificación en padres**

Dentro de la investigación *Depressive symptoms and psychosocial stress across the transition to parenthood: associations with parental psychopathology and child difficulty* se habla de manera concreta y consistente de la DPP materna ya que ésta tiene un alto índice de investigación. Los padres en la actualidad no reciben diagnósticos suficientes para comprender sus dificultades ni recibir el apoyo adecuado a su necesidad (Perren, Von Wyl, Bürgin, Simoni & Von Klitzing, 2005).

Se ha utilizado la DPP materna para construir una definición de DPP paterna (Pilyoung & Swain, 2007; Schumacher, Zubaran & White, 2008). El Manual

Diagnóstico y Estadístico De Los Trastornos Mentales en su última edición, no señala una definición de DPP paterna, pero sí existe una definición de DPP materna. Ésta describe síntomas muy parecidos a una depresión mayor, que se da en las primeras cuatro semanas luego del parto y se remarcan los siguientes síntomas:

- Estado de ánimo deprimido.
- Marcada pérdida de interés en prácticamente todas las actividades.
- Pérdida o ganancia de peso significativa.
- Insomnio o hipersomnia, agitación o remisión psicomotora.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o culpabilidad.
- Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse.
- Pensamientos recurrentes de muerte (American Psychiatric Association, 2003).

El estudio *Psychosocial factors associated with paternal postnatal depression* reveló que la DPP paterna está ligada con ciertos componentes psicosociales como el estrés y la angustia. De manera similar se observó que padres con síntomas depresivos presentan altos niveles de ansiedad en relación a la paternidad y tienden a generar una percepción negativa de la realidad. A su vez, sujetos con dicho diagnóstico reportan una menor calidad de la relación con su pareja, percepción de menor eficacia parental y mayor angustia parental (Girard, Lacharité, Dubeau, & Devault, 2013).

Las dificultades frecuentes vividas por muchos padres durante el período posparto incluyen frustración, sensación de no contar con suficiente tiempo y/o no sentirse capacitados para el cuidado del recién nacido, deterioro de su estilo de vida y relaciones sexuales con su pareja, una sensación de libertad restringida. El nacimiento de un primer bebé es un suceso trascendental para ambos padres y representa un cambio significativo en sus vidas; de hecho, algunos futuros padres lo viven como una crisis. Es

importante destacar que este suceso representa variaciones en el estilo de vida y genera la necesidad de realizar adaptaciones que provocan estrés o ansiedad (Perren, Von Wyl, Bürgin, Simoni, & Von Klitzing, 2005).

El curso de la DPP no es el mismo para todos los padres. Se ha encontrado que, para la mayoría de los padres y madres con antecedentes clínicos, el año después del nacimiento se convierte en el momento más estresante. Quienes entran a la transición de la paternidad con una psicopatología previa, tienen una mayor probabilidad de mantener o incrementar su sintomatología (Perren, Von Wyl, Bürgin, Simoni, & Von Klitzing, 2005). Por otro lado, en las madres y padres sin psicopatología previa al embarazo, frente a un diagnóstico de DPP, mostraron que los síntomas depresivos tuvieron una menor duración e intensidad (Perren, Von Wyl, Bürgin, Simoni, & Von Klitzing, 2005).

El estudio *Depressive symptoms and psychosocial stress across the transition to parenthood: associations with parental psychopathology and child difficulty* considera la presencia de psicopatologías previas al embarazo como un factor de riesgo para que los síntomas de DPP permanezcan durante más tiempo. Como ya se ha mencionado, son escasas las investigaciones en la definición de DPP paterna, por lo que en distintos estudios han realizado el diagnóstico basándose en los criterios de depresión mayor (Perren, Von Wyl, Bürgin, Simoni, & Von Klitzing, 2005).

Como se puede observar, existen variedad de similitudes en la sintomatología de DPP entre hombres y mujeres. Una de las principales diferencias se da en el periodo en el que se desarrollan los síntomas depresivos; las madres suelen presentar síntomas al momento del nacimiento, a las cuatro semanas o un año después del parto; por su parte, los padres los manifiestan en la etapa post natal comúnmente meses o un año después del nacimiento del niño (Pilkington, Whelan, & Milne, 2015).

## **Desarrollo infantil en casos de padres con DPP**

La situación de DPP en los padres trae consigo implicaciones perjudiciales en el desarrollo de sus hijos; las figuras parentales forman un rol decisivo al brindar protección a sus hijos, quienes se ven afectados por su inestabilidad. Se ha encontrado que cuando los dos padres presentan sintomatología depresiva, lo más probable es que presenten un vínculo poco sano con su hijo; podrían considerarlo como inferior al promedio, con más dificultades y problemas de salud (Melrose, 2010) (Musser, Ahmed, Foli, & Coddington, 2013).

La psicopatología infantil fue estudiada por Ramchandani Et Al (2008) a través de un análisis a largo plazo en el que se encontró que la DPP paterna se asocia de manera significativa con diagnósticos de trastornos de conducta en el desarrollo de la niñez. Se observa que en un 12% los niños con Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad, Trastorno Oposicional Desafiante, u otros Trastornos de Ansiedad o del Estado de Ánimo, son hijos de padres con DPP. Dentro del estudio se encuentra que el Trastorno Oposicional Desafiante es el diagnóstico primordial con relación de la DPP paterna ya que está ligado al manejo de la crianza, de las reglas y normas que sugieren el tipo de vínculo con los padres (Musser, Ahmed, Foli, & Coddington, 2013).

La DPP paterna está asociada a una relación conflictiva con el hijo; se han observado consecuencias parecidas entre la depresión materna y paterna en los comportamientos de crianza (Cummings, Keller, & Davies, 2005; Leinonen, Solantaus & Punamaki, 2003). Sin embargo, se considera que existen pocos estudios de observación en el período pre y posnatal centrado en la salud mental de padres e hijos (Parfitt, Pike, & Ayers, 2013).

Dentro del estudio *Effects of paternal depression on fathers' parenting behaviors: a meta-analytic review* se indican factores que dificultan el estilo de crianza, como menciona Wilson & Durbin (2010) es importante considerar los siguientes:

- Tensión de lidiar con el alto nivel de demandas que trae un recién nacido.
- Inexperiencia de los padres más jóvenes, las nuevas situaciones y desafíos a los que se ven expuestos en el rol de padres.

Se encuentra también que los comportamientos en la crianza se ven afectados por cambios en el estado económico, este factor puede resaltar los efectos y síntomas depresivos (Wilson & Durbin, 2010).

Por otro lado, dentro del tratamiento de DPP materna se han propuesto métodos que permiten una mejor relación de la madre con el hijo, estos podrían ser considerados un modelo para implementarlo con los padres. Se ha encontrado que la depresión materna se relaciona con dificultades en la calidad de interacción de la madre con el recién nacido. La literatura reporta que las madres con síntomas depresivos tienden a ser menos sensibles, mostrar posible negligencia y menos precisión en la interpretación de las emociones de su bebé (Caldo, Goodman, Hall Y Raynor, 2004) (Parfitt, Pike, & Ayers, 2013). La investigación de la DPP materna propone el apoyo de un profesional capacitado que trabaje con las madres para así influenciar su percepción, o ser una guía y un soporte dentro del proceso (Brugha Morrell, Slade, & Walters, 2011).

La DPP paterna presenta una problemática importante dentro de los sistemas de salud, ya que no se facilita información al momento de identificarla. Se debería remitir a estos pacientes para que puedan recibir el tratamiento apropiado, y de esta manera generar mayor educación alrededor de la paternidad y reforzar conductas proactivas de crianza (Musser, Ahmed, Foli, & Coddington, 2013).

## **Psicoeducación**

La psicoeducación utiliza las teorías y los elementos psicológicos para instruir a un grupo poblacional. Estos programas buscan proveer un ambiente de crecimiento y generar espacios de empatía para brindar información específica. A través de procesos de psicoeducación se han difundido, entre otras, estrategias para la crianza y habilidades para eliminar conductas negligentes hacia los niños, se espera que estas intervenciones permitan nuevas maneras de interacción padre-hijo, minimizando las frustraciones. Se ha visto que la psicoeducación genera más confianza y seguridad en los padres, reduciendo malestar psicológico y formando estabilidad en el comportamiento (Fisher, Wynter & Rowe, 2010).

En 2012 se concluyó que la psicoeducación sobre la DPP materna durante el embarazo, facilita su identificación y posterior manejo profesional; se puede inferir que, lo mismo podría realizarse con los padres y obtener un resultado positivo (Habib, 2012). Durante el proceso de embarazo existen varios espacios que se pueden aprovechar para la psicoeducación sobre la DPP como son: los exámenes prenatales y obstétricos, las visitas de padres expectantes a sus consultas médicas; posteriormente, la estadía en el hospital durante el parto y los chequeos del recién nacido y de niños sanos proporcionan espacios excelentes para que se instruya a ambos padres sobre la DPP (Fisher, Wynter & Rowe, 2010). Dentro de esta búsqueda de prevención, una de las metas de la psicoeducación es concientizar sobre la DPP paterna y así disminuir los estigmas que existen, aumentando la intervención profesional (Edoka, Petrou, & Ramchandani, 2011).

“Las actividades educativas consisten en procesos de interactividad y de comunicación en los que los esquemas de conocimiento, las expectativas y motivaciones, las interpretaciones y las valoraciones de los diferentes

participantes interactúan. Dichos procesos internos son decisivos para la comprensión del proceso de aprendizaje (Alemany, 1990).”

Las investigaciones señalan que las personas tienden a tener dificultades en la distinción de todos sus recursos de aprendizaje, ya que muchos padres se basan en su propia evidencia y experiencia, la cual se construye en opiniones personales y no científicas, probadas ni estudiadas. Por tanto, la psicoeducación propone un aprendizaje para adultos que se enfoca en actividades dentro de las cuales se discutan conocimientos y se comparta información a través de charlas, conversatorios, grupos o demostraciones (Fisher, Wynter & Rowe, 2010).

El proceso de educación alcanza su objetivo únicamente cuando se logra que el receptor obtenga un aprendizaje específico. Para ello, es fundamental que uno, o más, miembros con mayor capacitación guíen a otros, direccionando las actividades mientras se genera conocimiento y aprendizaje. Se abre la posibilidad de construir nuevos conocimientos a través de actividades grupales en las que se discute, analiza y cuestiona temas de interés común. Como plantean las teorías de Vygotsky, Bruner y Wertsch, el aprendizaje es uno de los factores más importantes para generar habilidades que permitan un mejor funcionamiento en la vida cotidiana (Alemany, 1990).

Se observa que al involucrar a padre y madre en el manejo de la depresión se fortalece la unidad familiar. De esta manera se evita el enfoque en un solo miembro de la pareja; a su vez, esto permite que se brinde apoyo profesional a ambos y se obtengan mejores resultados. A continuación, se mencionan distintas estrategias que se pueden utilizar para facilitar la psicoeducación, como menciona Fisher, Wynter & Rowe (2010):

- Discusión verbal.
- Evaluación de los factores de riesgo.

- Difusión de afiches en lugares de salud o sitios de atención pública.
- Generación de material impreso para enviar a los participantes.

Los elementos informativos deben exponer los síntomas y los factores que predisponen a una DPP paterna; ayudando a los padres primerizos a reconocer las emociones comunes luego del nacimiento del recién nacido, las circunstancias en las que deben buscar asistencia de un profesional y el lugar al que pueden dirigirse (Musser, Ahmed, Foli, & Coddington, 2013). Cabe señalar que se puede confundir la ansiedad que provoca naturalmente la transición a la paternidad con los síntomas de DPP. Las preocupaciones y experiencias comunes que viven los varones en esta etapa se deben identificar y diferenciar de los síntomas depresivos que afectan de manera negativa el funcionamiento dentro del núcleo familiar (Girard, Lacharité, Dubeau, & Devault, 2013) Para un manejo idóneo de la DPP paterna, los centros de salud deben estar al día en la investigación actual y estar pendiente de los recursos disponibles en sus comunidades para generar una mejor atención. Este conocimiento es necesario para la detección e intervención de los nuevos padres, esto ayudará a lograr mejores resultados en algunos pacientes más jóvenes y sus familias (Musser, Ahmed, Foli, & Coddington, 2013). Se plantea realizar capacitaciones dentro del sistema médico para generar mayor conciencia y comprensión de la salud mental, lo cual promueve el bienestar de la familia no simplemente de manera física, sino también mental (Brugha, Morrell, Slade, & Walters, 2011).

Por lo tanto, para la prevención y el cuidado es importante no orientarse únicamente a las madres, sino también en los padres, que podrían presentar estos síntomas (Perren, Von Wyl, Bürgin, Simoni, & Von Klitzing, 2005). Sin embargo, se debe mencionar que no se conoce ninguna intervención clínica integral o un manual que

haya sido diseñado especialmente para educar a los padres con DPP (Fletcher, Matthey y Marley, 2006).

### **Inversión Económica**

El estudio *Healthcare costs of paternal depression in the postnatal period* ha encontrado que, de acuerdo a los servicios sociales de salud, existe una alta inversión económica para el tratamiento de la DPP materna; en la actualidad no se tiene datos suficientes de las implicaciones económicas de la intervención de DPP paterna. Sin embargo, existe una progresiva demostración de que los hombres pueden sufrir depresión después del parto, lo que hace posible que esto genere implicaciones económicas (Edoka, Petrou, & Ramchandani, 2011).

Edoka, Petrou, & Ramchandani, realizaron una investigación cuyo objetivo principal fue encontrar un costo estimado de la DPP paterna, ésta se realizó por medio de un estudio a largo plazo (2011). Uno de los hallazgos principales indica que en el periodo post natal se generaron discrepancias entre los costos percibidos de padres con y sin DPP; existe un aumento de costos en los servicios de salud: médicos generales y especialistas, entre ellos los psicólogos. Los trastornos mentales se encuentran dentro de una categoría en la que incrementan los costos de manera significativa en la atención médica (Edoka, Petrou, & Ramchandani, 2011).

Se encuentra que, en Estados Unidos, se ha decidido disminuir los programas de prevención de DPP paterna, por la falta de evidencia. Se cree que el incremento de las investigaciones en DPP paterna podría implicar un cambio de políticas y el costo que éstas traen consigo. Es evidente que lo que se requiere es una mayor evaluación sobre DPP paterna para generar un cambio en las políticas públicas (Brugha, Morrell, Slade,

& Walters, 2011).

Cada vez se encuentra un mayor número de estudios que prueban el impacto económico de la DPP paterna. Aun así, falta mayor investigación para poder encontrar una solución rentable que brinde los recursos necesarios de tratamiento y prevención de DPP paterna, facilitando el acceso a información e intervención hacia la población (Edoka, Petrou, & Ramchandani, 2011).

## **METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

La metodología utilizada para la investigación se basará en un proceso de análisis para determinar si la intervención psicoeducativa puede identificar y prevenir síntomas de DPP paterna (Hernández, Fernández & Baptista 2010).

Se realizará la investigación a través de dos grupos independientes, el grupo experimental y el de control; el primero recibirá psicoeducación y el otro no. Una vez realizado el proceso, se observará si hubo o no alguna diferencia entre los grupos a través de la presencia o ausencia de la intervención psicoeducativa. A su vez, la medición de esta intervención deberá ser confiable para que los resultados sean válidos (Sampieri, Collado & Lucio, 2012).

Para ello, se utilizará una prueba estandarizada denominada *Edinburgh Postnatal Depression Scale* – EDPS (González, 1997), validada en padres, que pretende medir los síntomas depresivos de los padres. Es importante considerar la explicación del instrumento (Anexo A) y el instrumento en sí (Anexo B) (Matthey, S., Barnett, Kavanagh, & Howie 2001).

El método que se implementará en el este estudio, busca evaluar el impacto de la psicoeducación en padres primerizos, a través de la evaluación pre y post

intervención; es decir, se aplicará el instrumento al principio de la investigación y transcurridos los tres primeros meses luego del parto, a todos los participantes. Este diseño permite observar el nivel de conocimiento de todos los padres que participan en el estudio; y realizar un seguimiento del grupo experimental (Sampieri, Collado, & Lucio, 2012).

De esta manera se abordará la pregunta de investigación planteada anteriormente y se realizará un análisis estadístico; de la variable: *psico-educación, en grupos independientes; un grupo control y un grupo experimental*. Esta es la base de la investigación, analizar la posible diferencia entre estos grupos, que nos permita comprobar si la psicoeducación genera impacto en la identificación y prevención de síntomas depresivos en DPP paterna.

### **Participantes**

La muestra estará conformada por 150 padres primerizos dentro de la maternidad del Hospital Eugenio Espejo que deseen participar de manera voluntaria. Las características que deberán cumplir son las siguientes: ser reclutados en un periodo de 3 a 4 meses antes del parto, tener entre 18 y 25 años y acudir a dicho Hospital Público. Esto se debe a que se ha encontrado una mayor correlación de depresión cuando los padres son más jóvenes y pertenecen a un nivel socioeconómico medio –bajo (Park, Fuhrer, & Quesnel-Vallée, 2013).

### **Herramientas de Investigación Utilizadas**

Dentro de esta sección se brindará una explicación detallada de las herramientas que serán utilizadas dentro de la investigación; se expresará la razón por la cual estas fueron seleccionadas.

Se considera primordial un espacio físico dentro del Hospital Público que permita brindar mayor comodidad y practicidad a la logística de la investigación; donde se llevará a cabo la aplicación de la EPDS con todos los participantes, que contarán con el tiempo que consideren necesario para completarla (Matthey, Barnett, Kavanagh & Howie, 2001). Es fundamental que, en las interacciones con los participantes, se mantenga la capacidad de ser sensibles, manejar comunicación verbal y no verbal; generando así mayor empatía. Los investigadores deben atender constantemente estos aspectos de la comunicación, ya que si no se trabaja de la manera descrita puede perjudicar los resultados del estudio; la selección de los grupos de participantes se realizará de manera aleatoria, a cada participante se le asignará un número, estos serán escogidos aleatoriamente para conformar el grupo control y el grupo experimental, cada uno constará con 75 participantes; el reclutamiento de los mismos se realizará a través de una carta dirigida a la Maternidad Eugenio Espejo (Anexo C ) (Richaud, 2016).

A su vez, se utilizarán cuatro intervenciones psicoeducativas en un periodo de 3 a 4 meses antes del parto, cada una con una duración de 90 minutos; éstas se realizarán en cinco grupos de quince participantes formados de manera aleatoria. Se brindará apertura a las dudas de los participantes, asegurando que todos reciban la misma cantidad y calidad de información. Se debe determinar una intervención apropiada para los nuevos padres; el momento preciso para empezar la psicoeducación, es cuando acuden a controles médicos antes del parto. Se encontró también que la mejor manera para proporcionar educación sobre paternidad es a través de un proceso grupal, facilitando un grado de apoyo conveniente para las necesidades de los padres (Habib, 2012).

Dentro de la psicoeducación se detallarán cuatro temas principales, los cuales han demostrado ser primordiales para la comprensión de DPP paterna, se encuentra un

esquema de las intervenciones en el Anexo D: definición y análisis sobre la DPP paterna, factores de riesgo y protección, las consecuencias para la madre y la pareja, y los efectos de la DPP paterna en el recién nacido. Estos espacios brindarán la oportunidad de discutir los temores que presentan los padres, aprender de experiencias que están viendo en el grupo y analizar posibles dudas de los participantes en un ambiente seguro (Friedewald Et Al., 2005). De acuerdo la investigación “Paternal perinatal depression: *An overview and suggestions towards an intervention model* la información que se brinda debe ser fácil de reenviar a través de correo electrónico y estar centrada en el desarrollo de la relación padre-hijo; puede ser utilizada de manera práctica para comunicar cuáles son las modalidades que permiten manejar la crianza de mejor manera. Se ha probado que, si es de fácil acceso, los padres se familiarizarán fácilmente con la información ya que esta está desarrollada a través de la empatía (Fletcher, Vimpani, Russell, & Keatinge, 2008) (Habib, 2012).

Como se mencionó anteriormente, la herramienta utilizada en la investigación, el *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*, la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo; fue creada y aplicada a madres con DPP. En el estudio, *Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale* tuvo una alta validez (0.62) y confiabilidad (0.81) ( $p < 0.001$ ; IC 95% entre 0.59 a 0.86); también fue específica en percibir los cambios de severidad de la depresión de las madres en el tiempo. Es una evaluación que no toma mucho tiempo y llega a ser una escala precisa y útil para detectar DPP. Está diseñada para ser utilizada por profesionales que trabajan en el área de salud, por lo tanto, identifica los síntomas de DPP de manera eficaz para que los participantes puedan ser enviados a recibir intervención de manera inmediata (Cox, Holden & Sagovsky, 1987). Cabe recalcar que el instrumento se considera también confiable y válido para los padres, ya que los

síntomas que describen la DPP están relacionados a los criterios que presentan las madres con DPP (Matthey, Barnett, Kavanagh, & Howie, 2001). Este instrumento consta de un formato basado en auto-informes; se utilizará previo a la intervención y después de la misma para comparar el impacto del proceso de psicoeducación de los padres (Sampieri, Collado & Lucio, 2012). El instrumento consta de 10 ítems que tratan sobre los síntomas depresivos que se desarrollan alrededor de pensamientos de culpa, tristeza y ansiedad (Matthey, Barnett, Kavanagh, & Howie, 2001).

Por último, es necesario incluir un equipo clínico de investigación que cuente con cinco psicólogos, durante todo el proceso que se llevará a cabo. Se contará con un profesional principal y cuatro investigadores, de profesión psicólogos clínicos, capacitados para realizar intervenciones psicoeducativas y manejar conocimientos previos sobre investigación y su desarrollo.

### **Procedimiento de recolección y Análisis de Datos**

Los participantes serán reclutados de manera aleatoria en la maternidad del Hospital Eugenio Espejo, en un periodo de tres a cuatro meses previos al parto planeado. Todos llenarán un consentimiento informado para ser partícipes de la investigación, el cual se encuentra en el Anexo E. Se empezará por tomar la EPDS a todos los participantes, los cuales contarán con el tiempo necesario para finalizarla; se realizarán dos grupos de manera aleatoria, cada uno contará con setenta y cinco participantes. El primer grupo denominado “Grupo A”, o grupo experimental, se dividirá en cinco grupos de quince participantes cada uno, quienes recibirá cuatro intervenciones de psicoeducación, con una duración de noventa minutos cada una.

Durante el proceso post natal, luego de transcurridos los tres primeros meses, se fijará una fecha para realizar el cuestionario EPDS; se contará con el tiempo necesario

para completarlo (Matthey, Barnett, Kavanagh, & Howie, 2001). Por su parte, el grupo control denominado “Grupo B” no recibirá ninguna intervención de psicoeducación; aún si, si realizará la EPDS previa y posterior al parto; en el cronograma establecido. Por último, se realizará el análisis estadístico de los datos en los siguientes quince días, al culminar el estudio se entregarán los resultados a los participantes.

### **Consideraciones Éticas**

Para realizar el estudio se reflexionó y analizó sobre las consideraciones éticas implicadas, la vulnerabilidad de los participantes dentro del estudio, el riesgo y beneficio para ellos dentro la investigación; también, las normas éticas bajo las cuales se maneja la institución en la que se llevará a cabo la investigación. Los resultados serán comunicados y transferidos a la sociedad de manera pública, aun así, se respetará el anonimato y confidencialidad de los participantes (Richaud, 2016). Dentro del consentimiento informado se encuentra una explicación para el participante, del proceso que se realizará. Al generar este acuerdo a través del consentimiento informado los investigadores deben mantener la confidencialidad de la información (Richaud, 2016).

### **RESULTADOS ESPERADOS**

Dentro de la investigación se plantea una condición en grupos independientes. La condición busca medir si la variable, la psicoeducación, tiene impacto en la prevención e identificación de síntomas depresivos en DPP paterna. Los datos que se obtengan se analizarán a través de ANOVA; ésta es una herramienta estadística manejada para detectar las diferencias entre los grupos, se utilizará como base el proceso descrito por Munroe:

“La diferencia en las medias, para los diferentes grupos se calcula y luego se compara con la variación de los casos individuales dentro de cada grupo en torno a la media de ese grupo (2007).”

Una forma de clasificar los métodos cuantitativos de investigación social es considerando el número de variables involucradas en los procedimientos de análisis de datos estadísticos. ANOVA es un método apropiado para las ciencias sociales, ya que en la realidad social muchas variables están entrelazadas y rara vez hay una determinación central (Baur & Lamnek, 2007). Los estudios más comunes en psicología han sido analizados tradicionalmente mediante un análisis de varianza ANOVA (Vasey & Thayer, 1987).

Para comparar los resultados del grupo control y el grupo experimental se utiliza el valor p; el valor significativo (el valor p), este debe ser menor o igual a 0.05, es decir, demostrar la probabilidad de que exista un efecto o una relación significativa entre las variables, en otras palabras, quiere decir que tiene la posibilidad de encontrarse en un rango menor que el 5% o 1 de 20 (Coolican, 2005). En caso de que dicho valor ser menor a 0.05 nos indica que existen diferencias representativas entre grupo experimental y el grupo control, a través de los datos recolectados en el EPDS previa y posterior a las intervenciones.

Cabe señalar que, al obtener los resultados no se puede generalizar la información obtenida de manera absoluta, ya que se basa en un solo instrumento de evaluación. Se debe tomar en cuenta que existen posibles alternativas antes de generalizar el estudio, y se debe realizar mayor número de investigaciones para comprobar la validez de los resultados (Munroe, 2007).

Cabe señalar que algunas investigaciones han encontrado que no basta solamente con la psicoeducación, para generar un mayor impacto, sino también un

sistema que permita identificar a padres primerizos con DPP y brindarles apoyo. Probablemente, los padres con DPP necesitarán más seguimiento y una intervención que conlleve lo individual, lo familiar y lo social. Esta es la estrategia que se encuentra sugerida para las madres en riesgo o que presentan DPP (Yelland, Sutherland, Wiebe & Brown, 2009). A su vez, es esencial una investigación longitudinal, para poder implementar cambios en los sistemas de salud mental en las sociedades (Fletcher, Matthey & Marley, 2006).

Ahora bien, se conoce la falta de investigación sobre la DPP paterna, por lo tanto, es necesario incrementar la investigación para así recolectar mayor información y generalizar los resultados. Por el momento se ha encontrado que la intervención psicoeducativa es un proceso de que identifica y previene la DPP paterna. En consecuencia, traerá aceptación social influenciando en el desarrollo familiar (Fletcher, 2009).

Los resultados esperados son que el método y la intervención realizada, permitirían responder a la pregunta de investigación y de esta manera se podría inferir, que la psicoeducación es un factor esencial para la identificación y prevención de síntomas depresivos en padres primerizos. Todo ello, considerando que la carencia de información fomenta la vulnerabilidad de la población y que la psicoeducación puede generar un cambio.

## **DISCUSIÓN**

Se encuentra que existe un amplio vacío dentro de la investigación de DPP paterna, por ende, tampoco existen procesos de intervención específicos elaborados para padres. Sin embargo, como se ha analizado, existe una gran cantidad de estudios diseñados y aplicados para intervenir cuando las madres presentan DPP. Se ha visto que los procesos que se implementan en las madres se pueden utilizar de igual manera en

padres para así evaluar e intervenir cuando ellos presentan DPP (Parfitt, Pike, & Ayers, 2013). No obstante, aunque no existe la cantidad suficiente de investigación para afirmar que la psicoeducación es la herramienta de mayor eficacia, se ha visto que si puede influenciar de manera positiva en la prevención DPP paterna.

Se encuentra que la facilitación de información permite a las personas estar más conscientes y les brinda mayor seguridad al momento de atravesar los distintos procesos y situaciones que se experimenta al momento de ser padres (Habib, 2012). A su vez, genera una posibilidad de actuar frente a esta problemática actual, que trae consigo deterioros dentro del ambiente familiar, en la relación de pareja y en el desarrollo psicológico del recién nacido. Mediante la psicoeducación se pueden generar cambios que promueven la salud mental de toda la familia (Fletcher, Matthey & Marley, 2006).

### **Limitaciones del Estudio**

Dentro de la investigación realizada se encuentran algunas limitaciones. Una de ellas es el tamaño de la muestra ya que se delimita las características de los participantes de manera muy definida. Se encuentra que sería de gran importancia realizar un estudio de psicoeducación con participantes de distintos hospitales, con rango de edad más amplia, dado que esto permitiría englobar una muestra más homogénea de la población. De esta forma se podría comprender el comportamiento de los padres sin factores que limiten la generalización de los resultados.

Por otro lado, se encuentra que se debe incrementar el número de instrumentos psicométricos realizados a los participantes para obtener mayor precisión en los resultados, utilizando de manera beneficiosa la metodología para evaluar los conocimientos implementados a través de la psicoeducación. Este método nos permite

asegurar que todos los participantes sean evaluados de la misma manera (Manterola, & Otzen, 2015). Además, es importante que los entrevistadores se encuentren capacitados dentro de una técnica para recolectar la información de los participantes de carácter semejante. En general estas especificaciones de la investigación permitirán una mejora al momento de aplicarla nuevamente.

### **Recomendaciones para Futuros Estudios**

Primordialmente se debe centrar la atención en generar mayor cantidad de estudios alrededor de la DPP paterna, esto abrirá algunas posibilidades para próximas investigaciones. Por ejemplo, determinar nuevas técnicas de modelos de crianza y auto regulación en los padres que presenten o no DPP, generando conocimientos sobre la salud mental para las familias. Finalmente, otro de los posibles estudios es la comparación de técnicas psicoeducativas, para DPP paterna como, por ejemplo, intervenciones grupales frente a individuales; se puede comparar los beneficios y la efectividad al realizar estas intervenciones. Falta por explorar varios elementos que todavía están por descubrirse sobre de la depresión post parto paterna y los procesos de psicoeducación que esta requiere.

## REFERENCIAS

- Alemaný, I. G. (1990). Concepciones psicoeducativas e intervenci3n pedag3gica. Fontalba
- Althoff, R. R. (2018). Lo que los profesionales de salud mental infantil deben saber sobre gen3tica.
- Baur, N., & Lamnek, S. (2007). Multivariate analysis. *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*, 1-3.
- Brugha, T. S., Morrell, C. J., Slade, P., & Walters, S. J. (2011). Universal prevention of depression in women postnatally: cluster randomized trial evidence in primary care. *Psychological medicine*, 41(4), 739-748.
- Cameron, E. E., Sedov, I. D., & Tomfohr-Madsen, L. M. (2016). Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: an updated meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 206, 189-203
- Coolican, H. (2005). M3todos de investigaci3n y estadística en psicología. Editorial Manual Moderno. This is available in the USFQ library and may be useful the library code is BF 76.5 .C66418 2005
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, 150(6), 782-786.
- Edoka, I. P., Petrou, S., & Ramchandani, P. G. (2011). Healthcare costs of paternal depression in the postnatal period. *Journal of affective disorders*, 133(1-2), 356-360.
- Eje, I. I. (1995). Manual diagn3stico y estadístico de los trastornos mentales.

- Fisher, J. R., Wynter, K. H., & Rowe, H. J. (2010). Innovative psycho-educational program to prevent common postpartum mental disorders in primiparous women: a before and after controlled study. *BMC Public Health*, *10*(1), 432.
- Girard, M. E., Lacharité, C., Dubeau, D., & Devault, A. (2013). Psychosocial factors associated with paternal postnatal depression. *Journal of affective disorders*, *150*(1), 44-49.
- González, R. A. (1997). Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social.
- Gutierrez-Galve, L., Stein, A., Hanington, L., Heron, J., & Ramchandani, P. (2015). Paternal depression in the postnatal period and child development: mediators and moderators. *Pediatrics*, peds-2014.
- Habib, C. (2012). Paternal perinatal depression: An overview and suggestions towards an intervention model. *Journal of Family Studies*, *18*(1), 4-16.
- Halford, W. K., & Petch, J. (2010). Couple psychoeducation for new parents: Observed and potential effects on parenting. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *13*(2), 164-180.
- <https://cdn.intechopen.com/pdfs-wm/26577.pdf>
- Jones, B. A., Griffiths, K. M., Christensen, H., Ellwood, D., Bennett, K., & Bennett, A. (2013). Online cognitive behaviour training for the prevention of postnatal depression in at-risk mothers: a randomised controlled trial protocol. *Bmc psychiatry*, *13*(1), 265.
- Kim, P., & Swain, J. E. (2007). Sad dads: paternal postpartum depression. *Psychiatry (edgmont)*, *4*(2), 35.
- Manterola, C., & Otzen, T. (2015). Los sesgos en investigación clínica. *International Journal of Morphology*, *33*(3), 1156-1164.

- Matthey, S., Barnett, B., Kavanagh, D. J., & Howie, P. (2001). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *Journal of affective disorders*, *64*(2-3), 175-184.
- McCoy, S. J. B. (2012). Postpartum depression in men. In *Perinatal depression*. InTech.
- Munroe, P. T. (2007). Anova (Analysis of Variance). *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*.
- Musser, A. K., Ahmed, A. H., Foli, K. J., & Coddington, J. A. (2013). Paternal postpartum depression: what health care providers should know. *Journal of pediatric health care*, *27*(6), 479-485.
- Monreal-Gimeno, C., Macarro, M. J. M., & Muñoz, L. V. A. (2001). El adulto: etapas y consideraciones para el aprendizaje. *Eúphoros*, (3), 97-112.
- Nishimura, A., & Ohashi, K. (2010). Risk factors of paternal depression in the early postnatal period in Japan. *Nursing & health sciences*, *12*(2), 170-176.
- Olabuénaga, J. I. R. (1999). Metodología de la investigación cualitativa. *Universidad de Deusto. Bilbao*.
- Parfitt, Y., Pike, A., & Ayers, S. (2013). The impact of parents' mental health on parent-baby interaction: a prospective study. *Infant behavior and development*, *36*(4), 599-608.
- Park, A. L., Fuhrer, R., & Quesnel-Vallée, A. (2013). Parents' education and the risk of major depression in early adulthood. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *48*(11), 1829-1839.
- Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *Jama*, *303*(19), 1961-1969.

- Perren, S., Von Wyl, A., Bürgin, D., Simoni, H., & Von Klitzing, K. (2005). Depressive symptoms and psychosocial stress across the transition to parenthood: associations with parental psychopathology and child difficulty. *Journal of psychosomatic obstetrics & gynecology*, 26(3), 173-183.
- Pilkington, P. D., Whelan, T. A., & Milne, L. C. (2015). A review of partner-inclusive interventions for preventing postnatal depression and anxiety. *Clinical psychologist*, 19(2), 63-75.
- Ramchandani, P. G., O'Connor, T. G., Evans, J., Heron, J., Murray, L., & Stein, A. (2008). The effects of pre-and postnatal depression in fathers: a natural experiment comparing the effects of exposure to depression on offspring. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(10), 1069-1078.
- Ramchandani, P. G., Psychogiou, L., Vlachos, H., Iles, J., Sethna, V., Netsi, E., & Lodder, A. (2011). Paternal depression: an examination of its links with father, child and family functioning in the postnatal period. *Depression and anxiety*, 28(6), 471-477.
- Richaud, M. C. (2016). La ética en la investigación psicológica. *Enfoques*, 19(1-2), 5-18.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2012). Metodología de la Investigación. *McGraw-Hill*
- Urdaneta, J., Rivera, A., García, J., Guerra, M., Baabel, N., & Contreras, A. (2010). Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 75(5), 312-320.

- Vasey, M. W., & Thayer, J. F. (1987). The continuing problem of false positives in repeated measures ANOVA in psychophysiology: A multivariate solution. *Psychophysiology*, *24*(4), 479-486.
- Werner, E., Miller, M., Osborne, L. M., Kuzava, S., & Monk, C. (2015). Preventing postpartum depression: review and recommendations. *Archives of women's mental health*, *18*(1), 41-60.
- Wilson, S., & Durbin, C. E. (2010). Effects of paternal depression on fathers' parenting behaviors: a meta-analytic review. *Clinical psychology review*, *30*(2), 167-180

## ANEXO A: DESCRIPCION DE ESCALA SOBRE DEPRESION POSNATAL EDIMBURGO (EPDS)

### Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh [EPDS, por sus siglas en inglés]

Obtenido de la British Journal of Psychiatry [Revista Británica de Psiquiatría] Junio de 1987, Volumen 150 por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; una afección alarmante más prolongada que la "Melancolía de la Maternidad" ["Blues" en inglés] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio. Estudios previos demostraron que la depresión de post-parto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo. La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

Instrucciones de uso:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer.
5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0)

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

Los usuarios pueden reproducir esta escala sin necesidad de obtener permisos adicionales siempre y cuando respeten los derechos de autor y citen los nombres de los autores, el título y la fuente del artículo en todas las copias que reproduzcan.

## ANEXO B: ESCALA SOBRE DEPRESION POSNATAL EDIMBURGO (EPDS)

### Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Su fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Bebé: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

- |   |   |
|---|---|
| <p>1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas<br/>Tanto como siempre<br/>No tanto ahora<br/>Mucho menos<br/>No, no he podido</p>               | <p>6. Las cosas me oprimen o agobian<br/>Sí, la mayor parte de las veces<br/>Sí, a veces<br/>No, casi nunca<br/>No, nada</p>                              |
| <p>2. He mirado el futuro con placer<br/>Tanto como siempre<br/>Algo menos de lo que solía hacer<br/>Definitivamente menos<br/>No, nada</p>                   | <p>7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir<br/>Sí, la mayoría de las veces<br/>Sí, a veces<br/>No muy a menudo<br/>No, nada</p> |
| <p>3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien<br/>Sí, la mayoría de las veces<br/>Sí, algunas veces<br/>No muy a menudo<br/>No, nunca</p> | <p>8. Me he sentido triste y desgraciada<br/>Sí, casi siempre<br/>Sí, bastante a menudo<br/>No muy a menudo<br/>No, nada</p>                              |
| <p>4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo<br/>No, para nada<br/>Casi nada<br/>Sí, a veces<br/>Sí, a menudo</p>  | <p>9. He sido tan infeliz que he estado llorando<br/>Sí, casi siempre<br/>Sí, bastante a menudo<br/>Sólo en ocasiones<br/>No, nunca</p>                   |
| <p>5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno<br/>Sí, bastante<br/>Sí, a veces<br/>No, no mucho<br/>No, nada</p>  | <p>10. He pensado en hacerme daño a mí misma<br/>Sí, bastante a menudo<br/>A veces<br/>Casi nunca<br/>No, nunca</p>                                       |

Los usuarios pueden reproducir el cuestionario sin permiso adicional proveyendo que se respeten los derechos reservados y se mencionen los nombres de los autores, título y la fuente del documento en todas las reproducciones.

Taken from the British Journal of Psychiatry  
June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

## **ANEXO C: CARTA PARA RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES**

### **Carta a la Maternidad del Hospital Público Eugenio Espejo**

Quito, (fecha)

Sr/a. (Nombre del director de la institución)  
Maternidad del Hospital Público Eugenio Espejo

PRESENTE. -

Con un cordial saludo me dirijo a usted para manifestarle mi interés por presentarle y desarrollar mi proyecto de investigación, denominado “Psico-educación en depresión post parto paterna: investigación y prevención”. El proyecto busca mejorar el funcionamiento de la familia, la prevención de la afectación psicológica del recién nacido y la reducción de comportamientos de riesgo en el periodo post natal paterno. A través de la psico-educación y el estudio del comportamiento de los padres en esta condición. El cual se podrá realizar con su colaboración.

En la actualidad soy estudiante de Universidad San Francisco De Quito, de la profesión de psicología clínica. Actualmente me encuentro desarrollando mi proyecto de investigación con la finalidad de obtener mi título profesional.

Reconozco el trabajo que realiza para beneficio de la comunidad ecuatoriana, en la capacidad de atención a mujeres embarazadas, la cual conlleva las características específicas de una muestra de la población para generar esta investigación puntual. Por este motivo, me dirijo a usted con la finalidad de compartir la estructura de mi investigación y buscar una posibilidad de acuerdo para realizarlo en conjunto dicho estudio.

De antemano agradezco su colaboración y apertura frente a mi investigación,

Atentamente,

Ana Camila Córdova

## **ANEXO D: ESQUEMA DE INTERVENCION PSICOEDUCATIVA**

Se realiza una entrevista clínica a todos los participantes. En primer lugar, se realiza el EDPS y una base de preguntas para la recopilación de información, que va a identificar los antecedentes psicológicos de los participantes. A continuación, se realizarán 4 intervenciones de psicoeducación tres meses antes del parto, cada una con una duración de 90 minutos, en la que se realizará los siguientes puntos: inicio de sesión, desarrollo de sesión, cierre de sesión. En las sesiones se tratarán los siguientes temas:

- Intervención 1: Definición, análisis sobre la DPP paterna, se presenta el tema a los padres.
- Intervención 2: Factores de riesgo y protección, se genera un ambiente seguro para analizar dudas y conocimiento que propone la literatura.
- Intervención 3: Las consecuencias para la madre y la pareja, análisis de los efectos de la DPP dentro del sistema de pareja y en la pareja misma.
- Intervención 4: Efectos de la DPP en el recién nacido, explicar cuáles son las implicaciones en el desarrollo del niño.

Por último, se aplicará el cuestionario de EPDS a los padres tres meses luego del parto, de igual manera dentro de las instalaciones del hospital, el cual tiene una duración máxima de 30 minutos en la que se llenará el formulario y se realizará un cierre y agradecimiento al voluntario por su participación. Al terminar el análisis estadístico a los 15 días de la post prueba, se entregarán los resultados a todos los participantes de manera personal, por parte del equipo de investigación.

## ANEXO E: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Documento de Consentimiento Informado dirigido para** pacientes de la Maternidad Del Hospital Público Eugenio Espejo, participantes voluntarios, padres primerizos entre la edad de 18 a 25 años, se encuentra una mayor correlación de DPP paterna a edades cuando los padres son más jóvenes (Park, Fuhrer, & Quesnel-Vallée, 2013) a los cuales se le invita a participar de esta investigación.

**Este Documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:**

- Proporciona información sobre el estudio.
- Formulario de Consentimiento, el cual debe firmar si está de acuerdo en participar. Se le dará una copia del Documento a los participantes.

### PARTE I:

#### Introducción de la Información

Yo, Ana Camila Córdova, estudiante de carrera de psicología clínica en La Universidad San Francisco De Quito, estoy realizando un trabajo de investigación en “Psicoeducación en depresión post parto paterna: investigación y prevención”. En este documento, le invito a participar de la investigación. Por favor, si tiene preguntas o cualquier inquietud, no dude en preguntar a cualquier miembro del equipo.

#### Propósito

**Prevenir y brindar herramientas ante la DPP en hombres en el periodo post natal.**

#### Participación Voluntaria

La participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Sí elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en esta clínica, nada cambiará

#### Procedimientos y Protocolo

Se realizará una entrevista clínica previa a todos los participantes. De manera aleatoria se dividirá en tres grupos los cuales contarán, con distintas intervenciones. La investigación iniciará cuatro meses antes del parto y concluirá 6 meses después del

parto del recién nacido en el cual se tomará una prueba estandarizada a todos los participantes.

### **Riesgos**

Cabe señalar que no existen riesgo dentro de la investigación, sino una oportunidad de conocimiento y concientización.

### **Entrega de Resultados**

Los resultados obtenidos en la investigación se compartirán con usted antes de que se haga disponible al público. No se compartirá información confidencial y se manejará con total anonimato los datos. Se realizará pública la información a través de un formato científico el cual puede generar mayor información para ampliar la aceptación, la prevención de la depresión post parto paterna. Se busca llamar la atención de autoridades en salud pública que generen cambios, como también que otras personas interesadas en el tema puedan aprender de esta investigación.

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por el Hospital Eugenio Espejo cuya tarea es asegurarse de que se protege de daños a los participantes en la investigación. Si usted desea averiguar más, contáctese con Ana Camila Córdova, teléfono: 0984971149, mail: anacacordova@gmail.com

### **PARTE II: Formulario de Consentimiento**

Existe una elevada seguridad de los datos anónimos de los participantes. Así también, dentro del consentimiento informado se manejará la información con toda la profesionalidad ética que amerite. La información solo será revisada por el equipo de investigación conformado por cinco psicólogos clínicos.

A continuación, el acuerdo:

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

Firma del Participante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ (Día/mes/año)

**Analfabetismo**

Un testigo que sepa leer y escribir debe firmar. Los participantes analfabetos deberán incluir su huella dactilar.

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo \_\_\_\_\_

Y Huella dactilar del participante



Firma del testigo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ (Día/mes/año)

Plantilla de Formato del consentimiento informado de Organización Mundial de la Salud (OMS) Comité de Evaluación Ética de la Investigación (CEI)